304
M75
v.9

MONOGRAPHIEN ZUR
FRAUENKUNDE UND KONSTITUTIONSFORSCHUNG
FORTSETZUNG DER MONOGRAPHIEN ZUR FRAUENKUNDE
UND EUGENETIK, SEXUALBIOLOGIE UND VERERBUNGSLEHRE
HERAUSGEGEBEN VON DR. MAX HIRSCH, BERLIN

Nr. 9

ALLTÄGLICHES IN DER GYNÄKOLOGIE

VON

SAN.-RAT DR. OTTO WILLE
FRAUENARZT IN BRAUNSCHWEIG

MIT 1 ABBILDUNG IM TEXT

1 9 2 6

LEIPZIG / VERLAG VON CURT KABITZSCH

THE LIBRARY
OF THE

CLASS 304
BOOK M75

MONOGRAPHIEN ZUR
FRAUENKUNDE UND KONSTITUTIONSFORSCHUNG
FORTSETZUNG DER MONOGRAPHIEN ZUR FRAUENKUNDE
UND EUGENETIK, SEXUALBIOLOGIE UND VERERBUNGSLEHRE
HERAUSGEGEBEN VON DR. MAX HIRSCH, BERLIN

Nr. 9

ALLTÄGLICHES IN DER GYNÄKOLOGIE

VON

SAN.-RAT DR. OTTO WILLE
FRAUENARZT IN BRAUNSCHWEIG

MIT 1 ABBILDUNG IM TEXT

1 9 2 6

LEIPZIG / VERLAG VON CURT KABITZSCH

Sämtliche Rechte,
insbesondere das der Übersetzung vorbehalten.
Printed in Germany

Druck von Julius Brandstätter, Leipzig.

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Vorwort, Statistik	1
Anamnese	4
Grundfragen	4
Schmerzfragen	9
Organfragen	12
Warum kommt die Frau?	12
Was soll die Anamnese?	13
Symptomenlehre	14
Untersuchung	15
Konstitution	21
Mathes	21
Kretschmer	21
Aschner	24
Günther	25
Wenckebach	25
Max Hirsch	27
Asthenie und Ueberempfindlichkeit	28
Unterleibsentzündungen	32
Abort	38
Perforationen	42
Strafrechtliches	46
Literatur	53

(G. B.) Stechert 48

NOV 1 '26

451829

Vorwort

Diese Schrift ist entstanden aus der alltäglichen Anschauung eines Frauenarztes, der seit 30 Jahren sein Handwerk betreibt und vorwiegend Krankenkassenpraxis ausübt. Man hat mit 60 Jahren selbstverständlich eine hübsche Summe eigener Erfahrung gesammelt und eigene feste Anschauungen gebildet. Die meisten von uns nehmen das mit ins Grab; mich treibt es nun an den Schreibtisch, ich möchte die Erfahrungen und Anschauungen hinterlassen.

Es fehlt ja an Schriften aus den Kreisen der nicht akademischen Ärzte, und doch sieht sich die Wissenschaft vom Doktorschreibtisch aus ganz anders an als vom Lehrpult. Forschung und Lehrzweck fallen da weg. Nur der tägliche Bedarf bestimmt die Ziele des wissenschaftlichen Eifers. Deswegen will ich auch nur das Alltägliche bringen. Solche Absicht ist ganz ungewöhnlich. Unsere Wissenschaft bewegt sich hauptsächlich in Seltenheiten, unser Schrifttum lebt davon. Die ungeheure Wichtigkeit des Alltäglichen kommt dabei nicht genügend zur Geltung. Alltäglich ist die Kunst des Umgangs mit den Kranken, also Anamnese und Untersuchung, und um zu wissen, was noch alltäglich ist, muß man Statistiken anlegen, natürlich von den Vorkommnissen in der Sprechstunde, nicht von denen im Krankenhause.

Ich habe mehrmals solche Statistik aufgestellt, zuletzt wieder jetzt zur Nachprüfung der hier vorgetragenen Anschauungen. Im Mittel ergibt sich aus diesen Aufstellungen etwa folgende Liste, auf ganze Hundertteile abgerundet:

Von Hundert in meine Behandlung tretenden Kranken, soweit sie nicht wegen Schwangerschaft, Geburt oder Fehlgeburt in Behandlung kommen, leiden an:

Adnex-Entzündungen	14
Anämie	1
Asthenie	5
Carzinom	3
Cystitis	2
Dysmenorrhöe	7
Enteritis	2
Fluor	13
Gonorrhöe	2
Metropathie	18
Myom	3
Nervosität	12
Ovarialkrankheiten	1
Prolaps	4
Sterilität	2
Syphilis	2
Tubargravidität	2
Sonstige gynäkologische Krankheiten	2
Sonstige nicht gynäkologische Krankheiten	5

Solche Statistik ist sehr von der wissenschaftlichen Überzeugung abhängig. Wer z. B. an die Retroflexio glaubt, wird zu einer ganz anderen Statistik kommen. Aber eins wird sich wohl überall zeigen: die eine Operation (oder Bestrahlung) heischenden Frauenleiden, wie Myom, Krebs, Eierstockgeschwülste, bilden einen recht bescheidenen Anteil der Fälle (bei mir etwa 7%), wozu noch die (4%) Prolapse gerechnet werden können. Das Übrige ist „kleine Gynäkologie", und wenn man ganz ehrlich sein will, zum großen Teil keine Gynäkologie. Denn rechne ich zu meinen 27% nicht gynäkologischer Fälle noch alles das, was von schlechter Konstitution herrührt, nämlich die Dysmenorrhoeen wohl ohne Ausnahme, einen guten Teil der Katarrhe, einen kleinen Teil der Blutungen, einen Teil der Prolapse und der Sterilitätsfälle, dann ist fast die Hälfte der Kranken nicht ursprünglich unterleibsleidend, und dazu kommen noch die vielen Kranken mit Schwangerschaftsbeschwerden, die in dieser Statistik nicht aufgenommen sind! Eine recht wichtige Aufgabe des Frauenarztes scheint mir deshalb die zu sein, zwischen Unterleibsleiden und Konstitutionsmängeln zu unterscheiden. Durch diese reizvolle und schwierige Aufgabe gewinnen wir auch verständnisvolle Teilnahme für die Hälfte unserer Kranken, die den Facharzt kaum angeht und denn auch vielfach teils ohne volle Sorgfalt, teils falsch behandelt wird. Nur so wird die Sprechstundentätigkeit zur reinen Arbeitsfreude und — was ihr gebührt — zu unserer wichtigsten Tätigkeit.

Ich habe aber nur eine Auswahl der alltäglichen Dinge hier besprochen. Über Blutungen und über Dysmenorrhoe eigene Abschnitte zu schreiben, habe ich mich nicht aufschwingen können angesichts der vortrefflichen Darstellungen von Lahm über Blutungen und von Max Hirsch über Dysmenorrhoe. Ich glaubte, mich zu sehr an diese Arbeiten anlehnen zu müssen, und verweise daher lieber ganz auf diese. Den Abort andererseits in dieser Schrift unbesprochen zu lassen, weil er zur Geburtshilfe und nicht zur Gynäkologie gehöre, hielt ich nicht für richtig, denn er beherrscht das Arbeitsfeld des Praktikers.

Anamnese

Die Anamnese läßt uns gewöhnlich ganz oder fast ganz im Stich, wo es sich um die schweren Erkrankungen der weiblichen Organe, besonders um die Geschwulstbildungen handelt. Daher die Abneigung unserer Lehr- und Handbücher, sich mit der Anamnese wissenschaftlich zu befassen. Aber diese Krankheiten machen nur einige Prozent unseres Zuganges aus. Bei allen übrigen, also den weitaus meisten Vorkommnissen der frauenärztlichen Sprechstunde, ist die Anamnese sowohl das Schwierigste als auch das Wichtigste. Die Gynäkologen lernen fast alle gut operieren, die meisten lernen auch gut untersuchen, aber Meisterschaft in der Anamnese steht nicht im Ansehen. Deshalb ist es auch mit der Indikation nicht gut bestellt, denn die Indikation folgt weit öfter aus der Anamnese als aus dem Befund. Und während auf zahllosen Blättern der Wissenschaft jetzt von der schwierigsten anamnestischen Kunst, der Psychoanalyse, die Rede ist, gibt es doch nur wenige Ärzte, die im alltäglichen Krankenverhör die ganz groben Versehen zu verhüten wissen.

Wissenschaftlich erforscht ist das fruchtbare Gebiet der Anamnese eigentlich noch kaum. Ich will versuchen, von mehreren Seiten her ins Innere vorzudringen.

1. Die Fragen

a) Die Grundfragen.

Es gibt ein paar Fragen, die in den meisten Fällen unerläßlich sind. Deren erste ist die Frage nach der Menstruation. Wir alle üben uns da täglich bei der gewöhnlichen Fehlgeburt in der Kunst des Verhörs. Es ist manchmal recht mühsam, die wirren Angaben der Kranken auf die einfache Formel zu bringen: Blutungen seit ...., letzte Periode am ....

Die Frage ist auch sonst nötig. Eine schamhaft verschwiegene Schwangerschaft kommt schnell dabei zu Tage. Und aus dem gestörten oder ungestörten oder veränderten Verlauf der Periode lassen sich manche Schlüsse ziehen.

Die Bedeutung einer zweiten Frage zeigt folgender Fall.

Die Kranke, eine zartgebaute junge Frau, bringt den Brief eines praktischen Arztes mit, wonach sie an Retroflexio leide. Nachdem die Kranke mit einiger Mühe davon abgebracht ist, nur von den Leiden der Ringbehandlung und den angeblichen Aussagen der Ärzte zu sprechen, indem man ihr sagt, sie solle lediglich von dem reden, was sie selber empfände, gibt sie in gesprächiger Weise folgendes Bild, ohne daß noch eine Zwischenfrage nötig ist:

Schmerzen links im Leibe, besonders beim Gehen, Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, Schmerzen beim Eintritt der Periode, Rücken- und Kopfschmerzen, schlafose Nächte.

Das ist eine reine Neurasthenie-Anamnese, so sieht eben eine Neurasthenie in der frauenärztlichen Sprechstunde aus. Es ist sogar ein Musterbeispiel von vollkommener Artreinheit, jeder dieser Züge ist fast eindeutig nervös. Die Untersuchung wird voraussichtlich nichts ergeben als die irreführende Retroflexio. Was sich bestätigte.

Also wohl Brom und Baldrian? Ja, wahrscheinlich. Aber die Anamnese ist noch nicht fertig. Die Kranke hat einen wichtigen Punkt noch nicht berührt, der beinahe niemals unerörtert bleiben darf: das ist ihr Appetit. Diese Lücke darf dem Kenner nicht entgehen, und er hat also danach zu fragen. Die Antwort bringt eine Überraschung, sie lautet: Ja, essen kann ich beinahe gar nichts. Das war der Kranken schon so selbstverständlich geworden, daß sie es zu erwähnen vergaß. Nun ist das Bild mit einem Male ganz anders. Die Einheit ist hin, und ein anderer Verdacht wird rege. Es folgen die Fragen:

Sind Lungenkrankheiten in der Familie vorgekommen? Sind Sie magerer geworden? Haben Sie gehustet? Schwitzen Sie nachts? Sind Sie als Kind skrofulös gewesen?

In der Tat führten diese Fragen auf die richtige Fährte, diagnostische Tuberkulinimpfungen fielen positiv aus, obwohl an den Lungenspitzen nicht viel zu finden war, und die Sache endigte mit einer erfolgreichen Tuberkulinkur (durch den zuweisenden Arzt).

Die Frage nach dem Appetit entscheidet oft alles, sie darf nicht fehlen. Würde sie der praktische Arzt immer stellen, so käme er manchmal weniger zu einer gynäkologischen Diagnose. Denn Appetitlosigkeit spricht im allgemeinen nicht gerade für ein Unterleibsleiden.

Ein anderer Fall und eine dritte Frage.

Eine Kranke, eine stämmige Frau von 40 Jahren, vom praktischen Arzt lange behandelt, wird vom Vertrauensarzt der Krankenkasse dem Frauenarzt zugeschickt. Die Beschwerden bestehen seit der letzten Entbindung. Es sind: Schmerzen im Kreuz und im Leibe, Dranggefühl, Ausfluß, Schmerzen bei der Periode. Durch Mattigkeit seit Wochen arbeitsunfähig. Appetit und Stuhlgang in Ordnung. Vergeblich mit Eisen und Pessar behandelt.

Befund: Uterus liegt gut im Pessar, seitlich nichts Besonderes. Urin nichts, Blinddarm- und Magengegend nichts, Herz nichts.

Also kräftiger Körperbau, Befund negativ, Appetit vorhanden, und doch seit Wochen Arbeitsunfähigkeit. Drückebergerei kommt nicht in Frage, denn die Löhne sind verlockend hoch. Nach einigem Besinnen frage ich: Wie ist Ihr Schlaf? Antwort: Ich schlafe die ganze Nacht nicht.

Damit ist der Schleier gefallen: wahrscheinlich liegt eine Neurose vor, und die Frau ist zu Unrecht auf Unterleibsleiden und Blutarmut behandelt. Ein paar weitere Fragen vervollständigen den Verdacht: Leiden Sie an Kopfschmerzen? Ja, sehr viel. Haben Sie auch nachts ihre Schmerzen? Ja, da sind sie am schlimmsten. Sind Sie sehr empfindlich gegen Lärm? Ja, zwischen den Kindern kann ich es gar nicht aushalten.

Es ist ein Unterschied, ob man eine Kranke mit Eisen oder mit Brom und Baldrian behandelt, und bei dieser Verordnung wurde sie in der Tat bald wieder arbeitsfähig. Als ich ihr später sagte, daß sie an nichts weiter als an schwachen Nerven leide, da kam die Wahrheit heraus: ihr Mann ist Säufer und läßt weder Wohlstand noch Frieden im Hause aufkommen. Ist das nun Psychoanalyse? Ich weiß es nicht. Jedenfalls ist es eine richtig geführte Anamnese.

Das war die wichtige Frage nach dem Schlaf. Ich weiß natürlich, daß manche Nervöse gut schlafen. Ich weiß auch, daß Magenkranke, daß auch manche nicht Nervöse und daß heruntergekommene Schwerkranke schlecht schlafen. Ich weiß auch, daß man mit Hammer und Elektrode das Nervensystem objektiv untersuchen kann. Aber wenn es im Drang der Sprechstunde gilt, den Verdacht auf nervöse Grundlage schnell zu bestätigen, dann halte ich mich an die tausendfach bewährte Frage nach dem Schlaf. Sie erhellt oft wie eine Rakete das Dunkel. Man kann auch die Frage verwenden: Haben Sie Ihren Schmerz auch nach Ärger? Aber die schlägt lange nicht so oft ein, wie die Frage nach dem

Schlaf. Daran schließt sich die auch von anderer Seite für wichtig erklärte Frage nach dem Traumleben. Ängstliche Träume kennzeichnen manche Nervöse. Zuweilen antworten die Kranken auf die Frage nach dem Schlaf: ja, schlafen könnten sie viel zu viel. Auch das ist ein wichtiger Aufschluß: hier liegt Anämie oder Asthenie vor, oder es ist der Frau ihre Arbeit zu viel.

Es lohnt sich, noch eine Betrachtung an die beiden ausführlich beschriebenen Fälle zu knüpfen. Man sieht an diesen beiden Beispielen, wie das Gespenst der Retroflexio in der Ärzte- und Frauenwelt sein Wesen treibt. Überall noch eine abergläubische Furcht vor ihm. Sobald dies Gespenst in Erscheinung getreten ist, zwingt es alle Blicke in seinen Bann und läßt sie nicht mehr rechts oder links schweifen. Man kann auch noch ruhig behaupten, daß in beiden Fällen von der Mehrzahl der heutigen Frauenärzte die Alexander Adam'sche Operation gemacht worden wäre.

Das wird nicht eher anders, ehe nicht die Wissenschaft eine Einheitsfront dagegen gebildet hat, und davon sind wir jetzt wieder weiter entfernt als vor zwanzig Jahren. Wie kommt das? Eine der Ursachen dafür deutet Mathes an, indem er fragt, was den Arzt denn vor solchen Fehldiagnosen schütze, „sofern er überhaupt davor geschützt sein will". Das ist richtig. Man hängt an dem „operativen Material". Aber das ist nicht die Hauptursache, sondern diese liegt immer noch darin, daß der Arzt sich nicht daran gewöhnen kann, den ganzen Menschen statt des einzelnen Organs ins Auge zu fassen, daß die „lokalistische Auffassung" noch herrscht. Nun, die Zeit ist nahe, wo die Anschauungswelt der Ärzte sich umstellt (vgl. den Abschnitt „Konstitution").

Die vierte Frage ist die nach dem Stuhl. Wenn Frauen an Darmkatarrh leiden und dadurch Leibschmerzen haben, so gehen sie nicht selten zum Frauenarzt. Sie sprechen dann viel von ihren Schmerzen, aber manchmal gar nicht vom Stuhlgang, und wenn der Arzt nicht danach fragt, so springt unvermeidlich eine falsche Diagnose heraus. Die Feststellung der Stuhltätigkeit ist auch wichtig, wenn der Stuhlgang träge ist, denn träger Stuhlgang ist ein häufiges Zeichen schlechter Konstitution.

Nach Feststellung von Appetit, Schlaf, Stuhlgang, folgt noch eine Frage, die zwar lange nicht immer nötig ist, aber manchmal den wertvollsten Aufschluß gibt und uns so recht daran erinnert, daß wir das ganze Weib, nicht nur den Unterleib zu beurteilen

haben. Das ist die Frage: Sind Sie magerer geworden? Wenn ja, dann wird schwerlich ein Unterleibsleiden zugrunde liegen (es sei denn ein Krebs), man kann dann gleich mit den Tuberkulose-Fragen fortfahren, und wenn diese nichts ergeben, auf Anstrengung und Gemütsdruck fahnden oder doch auf konstitutionelle Schwäche schließen. Denn diese Frage erfaßt vor allen die Asthenischen, die noch nicht Tuberkulösen. Nach Bejahung dieser Frage wird doch wohl niemand mehr auf ein Pessar oder den Alexander-Adams verfallen? Ich habe mich im Anfang meiner fachärztlichen Tätigkeit oft gewundert, wie selten den Frauenärzten die Tuberkulose vorkommt, die doch in anderen Sonderfächern die Sprechstunden füllt, denn die Genitaltuberkulose kommt ja recht wenig vor. Aber die Tuberkulose ist gar nicht selten bei uns, sie bringt uns hauptsächlich die vielen schlechten Konstitutionen in die Sprechstunde, die uns täglich beschäftigen.

Die folgende Frage ist die nach dem Urinlassen. Blasenbeschwerden werden zuweilen verkannt, als Leibschmerzen ausgegeben und mit dem Dranggefühl nicht in Zusammenhang gebracht.

Sodann noch die Frage nach dem Ausfluß. Sie muß schon deshalb früh genug gestellt werden, weil die Spiegeluntersuchung, wenn sie nötig ist, der Tastuntersuchung vorangehen muß. Sind erst die Finger in der Scheide gewesen, so ist das Sekret verwischt und die Gefäßfüllung ganz verändert.

Das sind die Grundfragen. Natürlich ließe sich noch von mehr Dingen behaupten, daß sie Grundfragen seien. Aber schon sieben Dinge sind recht schwer im Auge zu behalten, und es ist besser, sie nicht zu vermehren, zumal da sie sicherlich genügen, die gewöhnlichen Irrtümer zu verhüten.

Erleichtern kann man sich's auf folgende Weise: stellt man diese Grundfragen unter den folgenden Bezeichnungen so hintereinander: Periode, Appetit, Schlaf, Stuhl, Abmagerung, Urin, Fluß, und liest die Anfangsbuchstaben, so ergibt sich das Merkwort :„pass auf!“ Durch solches Merkwort wird man im Drang der Sprechstunde spielend an das erinnert, was nicht vergessen werden darf. Statt dessen kann man sich ja auch eine Frageordnung in den Krankenblättern vordrucken lassen, aber übersichtlicher ist das nicht und verführt zu einer lückenlosen Vollständigkeit, die im täglichen Betrieb nur hemmend wirkt. Ich

habe meinem kleinen Souffleur, der mir gerade immer im rechten Augenblick zuruft: „Periode! Appetit! Schlaf!", sehr viel zu verdanken und genieße noch den Vorteil, daß ich den kleinen Kerl stets und überall bei mir habe.

Von der Wichtigkeit einer begriffsscharfen Anamnese überzeugt, pflege ich die Angaben der Kranken erst auf einen Zettel niederzuschreiben, um sie dann in guter Ordnung in das Krankenblatt einzutragen.

b) Die Schmerzfragen.

Fast alle Besucherinnen unserer Sprechstunden beginnen ihre Klagen mit der Schilderung von Schmerzen. Sie reden auch dann zunächst von Schmerzen, wenn sie auf etwas ganz anderes hinauswollen. z. B. auf Schwangerschaft. Das ist der dem Weibe eigentümliche Verhüllungstrieb. Sie lügen nicht gerade, wenn sie von Schmerzen reden. Ihrem schwächlichen Körper fehlt wirklich meist irgend etwas, und an Überempfindlichkeit leiden sie fast alle. Viele, die meisten sogar, kommen wirklich wegen ihrer Schmerzen, zwar nicht weil sie sie unerträglich finden — an Schmerzertragen ist jedes Weib von der Pubertät an gewöhnt — sondern weil sie Ernstes dahinter vermuten.

Es steckt selten etwas Ernstes dahinter, am seltensten eine Erkrankung der Zeugungsorgane. Ich habe 1902 den Satz gewagt, im allgemeinen könnten wir bei jeder Frau, die wegen Schmerzen zu uns kommt, das Vorurteil haben, daß dies kein gynäkologischer Fall sei. Ungefähr ist das heute wohl die allgemeine Meinung. Hübsch zu kennzeichnen, wie das Opitz einmal tat, mit dem (so freilich unvollkommen wiedergegebenen) Wort von Rosthorn's: „Der Schmerz in der Gynäkologie war zeitlebens mein Schmerz."

Immerhin gibt es schmerzhafte Leiden der weiblichen Zeugungsorgane: so von den akuten Entzündungen die, die sich auf Haut, Blase oder Bauchfell erstrecken, so auch die Krankheiten, die zu Kontraktionen des Uterus und der Tuben Anlaß geben. Aber häufig sind diese Vorkommnisse nicht. Nur dürfen wir sie wegen des genannten Vorurteils nicht gleich ausschließen und müssen andererseits beflissen sein, für Aufklärung der Schmerzen auch dann zu sorgen, wenn diese auf Krankheiten der Nachbarorgane: Blase, Darm, Rumpf- oder Bauchmuskulatur, beruhen. So ist es eine unserer wichtigsten Aufgaben, der Natur der Schmerzen nachzuspüren, und wer sich da allein auf die objektive Unter-

suchung verläßt, wird nicht weit kommen. (Wie selten ist z. B. das Lomer'sche Zeichen: einseitige Hauthyperalgesie!) Das wichtigste diagnostische Mittel sind vielmehr auch hier die Fragen.

Die Fragen müssen sich hier wie überall zunächst auf die häufigsten Vorkommnisse einstellen. Die häufigsten Schmerzen sind etwa folgende:

1) Schmerzen links im Leibe beim Gehen (auch beim Sitzen, beim Stehen). Schwer zu erklären. Vielleicht Ptose des S Romanum oder Spasmen dort, und sicher, auch als Ptose oder Spasmus, Hypertonie der vegetativen Bauchnerven. Der Schmerz ist durchaus zu trennen von dem Schmerz im Leibe beim Husten, Niesen, Schneuzen. Dieser letztgenannte deutet auf Entzündliches im Unterleibe oder auf schmerzende Bauchmuskeln.

2) Drang- oder Senkungsgefühl in verschiedenen Spielarten. Das kann bedeuten: Scheidenvorfall oder Entzündung der Vulva oder Blasenkatarrh, oder asthenische Ermüdung der Beckenbodenmuskulatur (Mathes).

3) Schmerzen beiderseits vorn, meist nach dem Rücken ziehend. Kann Gebärmutterschmerz sein, aber auch Ermüdungsschmerz in den Bauchmuskeln nach Anstrengungen.

4) Schmerzen um den Nabel herum. Kann Dünndarmschmerz sein, auch Bauchnerven-Hypertonie.

5) Lenden- und Kreuzschmerzen. Am häufigsten Ermüdungsschmerz in den Rückenmuskeln und -bändern, viel seltener reflektiert von den Beckenorganen.

6) Schmerzen bei der Menstruation. Fast immer rein nervös, Überempfindlichkeit.

7) Schmerzen beim oder nach dem Geschlechtsverkehr. Fast ohne Ausnahme rein nervös, Überempfindlichkeit. (Zuweilen Scheidenkatarrh.)

8) Schmerzen, die sich nachts steigern, sind wohl immer nervös. Schmerzen, die morgens am schlimmsten sind, deuten auf Muskelermüdung.

9) Schmerzen, die als brennend bezeichnet werden, sind wohl immer nervös.

Die Fragen beginnen zunächst ohne Rücksicht auf den Schmerz mit den Grundfragen und gehen erst dann nötigenfalls auf den Schmerz ein.

1) Da ist denn die erste selbstverständliche Frage: seit wann? seit Tagen, Wochen, Monaten, Jahren? Je länger die Schmerzen bestehen, desto wahrscheinlicher sind sie Folgen schlechter Anlage,

2) Es folgt die Frage: Haben Sie die Schmerzen dauernd oder in Anfällen? Dauernde Schmerzen: Erschöpfung. Schmerzanfälle: Darmschmerz, Nervenüberempfindlichkeit, doch auch Entzündungen der Gebärmutter-Anhänge.

3) Kommt der Schmerz hauptsächlich beim Gehen oder beim Arbeiten, oder nach dem Essen, oder etwa nachts? — Schmerzen beim Gehen: wahrscheinlich Ptose. Schmerzen beim Arbeiten: wahrscheinlich organisch, örtlich. Schmerzen nach dem Essen: Magenstörungen. Schmerzen nachts: wahrscheinlich nervös.

4) Wichtig ist endlich die Frage: sind Anstrengungen vorhergegangen? Muskelschmerz, doch auch Nachzittern in den Nerven im Sinne der Unfallneurose. Die Anstrengung spielt in der Wirklichkeit ungefähr die Rolle, die im Glauben des Volkes die Erkältung spielt. Die große Wäsche, die schweren Landarbeiten u. a. bescheren dem Frauenarzt recht viele Fälle. Freilich werden auch durch solche Wirkungen vorhandene Entzündungen (Pakete) verschlimmert. (Kürzlich erlebte ich, daß ein junges Mädchen, Braut eines Arztes, die die Gärtnerei erlernte und sich durch Karren eines Fasses überanstrengt hatte, wegen ihrer Schmerzen etwa eine Woche nach der Überanstrengung einer Retroflexions-Operation unterworfen wurde. Das sind so grobe Irrtümer, daß sie eigentlich nicht entschuldigt werden dürfen.)

Man kann auch aus diesen Fragen ein Merkwort bilden und für den Anfänger ist es gut, ein solches zu haben. Freilich kommt es nach den ersten Erörterungen oft ganz anders, als wo diese Fragenfolge hinweist. Aber die Unterhaltung ist dann wenigstens im guten Gange.

Mit folgenden Andeutungen sind die beschriebenen Fragen gekennzeichnet:

Seit wann?
Immer oder in Anfällen?
Gelegenheit: beim Gehen, Arbeiten, nach dem Essen?
Nachts auch?
Anstrengung vorhergegangen?

Die Anfangsbuchstaben ergeben das Wort: „signa."

Nun kann man noch eine sehr wichtige Frage daran hängen; das ist die Frage nach dem fieberhaften Wochenbett, als demjenigen Ereignis, das wirklich örtliche Leiden erzeugt, also: Wie ging es Ihnen nach der letzten Entbindung, nach der letzten Fehlgeburt? Hier liegt die Entstehung der entzündlichen

Zustände, hier der Ursprung der organischen Schmerzen. Deutet man mit dem Zeichen „le“ diese Frage zum Schluß an, so lautet das Merkwort: „Signale“.

c) Die Organfragen.

Da nun das Leiden in allen möglichen, nicht zum Unterleib gehörenden Organen sitzen kann, knüpfen sich hieran die Fragen, die es schnell ermöglichen sollen, auf ein bestimmtes Organ außerhalb des Unterleibs aufmerksam zu werden, die „Organfragen“.

Blase und Darm sind bei den Grundfragen schon berücksichtigt.

Rückenmuskeln: Können Sie sich bücken? (Die Antwort: Ja, bücken schon, aber nicht wieder aufrichten, ist nach meiner Erfahrung nicht eindeutig zu verwerten.)

Bauchmuskeln: Sind Anstrengungen vorhergegangen? Können Sie sich im Bette aufrichten? Tut Niesen oder Husten oder Naseschneuzen wehe? (Dies Zeichen kommt jedoch auch der Unterleibsentzündung zu.)

Magen: Können Sie alle Speisen vertragen? Haben Sie Beschwerden nach dem Essen? (Appetitlosigkeit spricht meist nicht für Magenkrankheit, sondern für Asthenie, Anämie, Tuberkulose, Krebs.)

Nieren: Geschwollene Füße? Gute Augen?

Herz: Kurzatmigkeit beim Treppensteigen oder schnellem Gehen? Druckgefühl auf dem Brustbein? Herzklopfen?

Lunge: Husten? Nachtschweiß? Appetitlosigkeit? Abmagerung? Lungenkrankheiten in der Familie? Skrofulose in der Kindheit? Schmerzen beim tiefen Atmen (Pleuritis)?

Blutkrankheiten: Schläfrig am Tage? Herzklopfen? Geschwollene Füße? Appetitlosigkeit? Ausfluß?

d) Warum kommt die Frau?

Nun gibt es Frauen in der Sprechstunde, denen man mit all diesen Fragen nicht beikommen kann. Da fragt es sich nämlich nicht: was für Krankheitszeichen hat die Frau? Sondern: warum kommt die Frau? Und gerade da bewährt sich meine Frageordnung als stichhaltig. Wenn die Grundfragen ganz und gar keinen Anhalt geben, und der Schmerz unter den Schmerzfragen zu nichts zerflattert, dann kann man der Frau ruhig sagen: Hier stimmt irgend etwas nicht, sagen Sie mir offen: warum kommen Sie zu mir? Solche Frauen leiden unter einer Einbildung oder Furcht: z. B.

schwanger zu sein, oder krebskrank zu sein, oder geschlechtskrank zu sein. Sie halten aber mit dieser Idee zurück, weil sie deren Grundlosigkeit im Unterbewußtsein fühlen. Es ist gut, wenn man schon vor der Untersuchung diesen Sachverhalt aufgeklärt hat, man wird dann gleich die Gebärmutter besonders sorgfältig auf beginnende Schwangerschaft prüfen, wird die Gonokokkensuche gleich einschieben usw., denn man muß doch der Frau mit Überzeugung sagen können, daß sie unrecht hat.

Schade ist es um jedes Rezept, das man der Frau mitgibt. Die Frau wollte keine Medizin, die wollte Verdrängung ihrer Idee.

Reine Fälle dieser Art sind nicht häufig, aber Frauen, die nicht kommen, um geheilt zu werden, sondern nur, um über die Ursache ihres Ungemachs aufgeklärt zu werden, gibt es sehr viele, sie sind wohl sogar in der Mehrzahl. Ihre leicht zu verleitende Auffassungsweise führte sie eben zu falschen Deutungen, und endlich bekamen sie nun einmal die Laune, sich Aufklärung zu holen oder für das vermeintliche schwere Leiden ernstlich etwas zu tun. Die Laune verschwindet meist nach der Aussprache, zuweilen kehrt sie auch hartnäckig wieder.

e) Was soll die Anamnese?

Die Anamnese soll zunächst das ermitteln, was die objektive Untersuchung überhaupt nicht ermitteln kann. Also die Personalien der Kranken und des Zahlungspflichtigen feststellen und die Beschwerden und die Vorgeschichte der Krankheit ermitteln. Diese Fragen sind selbstverständlich. Ich lasse auf meinen Krankenblättern unter den Personalien 2 Zeilen Raum. Die erste Zeile ist die Geburtenzeile. Sie lautet z. B.:

37 3 1917 2 Ab. 1919

Das bedeutet: 37 Jahre alt, 3 Entbindungen, zuletzt 1917, dahinter 2 Aborte, zuletzt 1919. Die zweite Zeile bringt die ärztlichen Eingriffe und die fieberhaften Wochenbetten.

Ferner soll die Anamnese die Untersuchung auf die rechten Wege leiten. Es ist unsinnig, von vornherein Seltenheiten ins Auge zu fassen, man muß zunächst versuchen, den Fall in die alltäglichen Vorkommnisse einzureihen. Das gelingt beinahe immer und erspart viel Zeit. Es ist auch nicht einmal möglich, jede Kranke auf Lunge, Magen, Darm, Nervensystem, selbst auf Blase oder auf Ausfluß zu untersuchen. Das Verhör muß lehren, was davon in Betracht kommt. Verfehlt das Verhör diesen Hinweis,

dann ist es leicht um die Diagnose geschehen, denn die Nebenuntersuchung unterbleibt aus Zeitmangel schon von selbst. Ist aber der Wagen erst einmal auf ein falsches Gleis geschoben, dann gibt es schweren Schaden für die Kranke und für den Arzt.

Die Anamnese muß sich also auf die Statistik und auf die Symptomatologie stützen. Von der Statistik sprach die Einleitung. Die frauenärztliche Symptomenlehre ist mit wenigen Worten geschildert:

Als möglicherweise oder wahrscheinlich gynäkologisch können nur solche Krankheitszeichen gelten, die Abweichungen von den physiologischen Funktionen der Zeugungsorgane bedeuten, also die Störungen der Menstruation, der Sekretion, des Geschlechtsverkehrs, der Fruchtbarkeit, des muskulösen Halts der Bauchhöhle. Der Schmerz gehört nur soweit dazu, als er Entzündungs- oder Kontraktionsschmerz ist. Sicher gynäkologisch ist selbst von diesen Störungen keine, sondern alle diese Störungen entspringen öfter konstitutionellen als örtlichen Schäden. Immerhin muß man diese Krankheitszeichen zuerst und zumeist beachten.

Untersuchung

Die frauenärztliche Tastkunst ist vielleicht die schwierigste Handfertigkeit, die es in der Medizin gibt. Man braucht längere Zeit zu ihrer Erlernung als z. B. zur Erlernung der Perkussion oder des Augenspiegelns, man lernt auch niemals darin aus. Ich habe meinen Untersuchungstisch im Laufe der Jahre mehrmals umgebaut. Ursprünglich war es der Martin'sche Tisch mit ausziehbaren Fußrasten, dann ließ ich eine Einrichtung davor bauen, die die Untersuchung nach Thure Brandt (wo die Füße aufgesetzt werden und der Arzt sich seitlich von der Kranken befindet), ermöglichte, endlich habe ich statt dessen Kniestützen angebracht, und den einen Griff, den ich noch beschreiben werde, und den ich für sehr wirksam halte, kann man nur mit Kniestützen ausführen. Wichtig erscheint mir, daß das Untersuchungslager sich auch zur einfachen Rückenlage eignet ohne Erhebung der Kniee, damit man auch den ganzen Leib übersehen und abtasten kann, wie es der Chirurg und innere Arzt tut, und wie es an Hochschwangeren nötig ist. Bei mir dient dazu eine entsprechend hohe Bank, die unter dem Tisch steht und hervorgezogen wird, um die Füße der Kranken darauf zu setzen; die Kniee bleiben dann zwar leicht gebeugt, aber die Oberschenkel liegen zwanglos gestreckt. Es ist doch ganz unentbehrlich, zum Schluß (oder besser eigentlich zum Anfang) auch die mittleren und oberen Teile des Bauches abzutasten, nach dem Mc Burney'schen Punkt zu greifen, der etwa mit dem Übergang des Ureters über die Linea terminalis sowie mit der Verzweigung der großen Schenkelgefäße zusammenfällt, die Gallenblasengegend zu prüfen, den Magen vor allem durch Stoß zu erschüttern, um Magenplätschern festzustellen, das Herz zu untersuchen usw.

Daß der Palpation die Spiegeluntersuchung vorangehen muß, damit nicht Absonderung und Gefäßfüllung durch die Finger verwischt werden, sei auch an dieser Stelle erwähnt. Die für die Scheide erforderlichen Instrumente liegen dauernd im Instru-

mentenbade, einem Instrumentenkochkessel mit übergreifendem Deckel, der mit der von mir angegebenen Flüssigkeit gefüllt ist:

Borax $1^1/_2$ %
Ac. carbol. liquef 3 %
Formalin 2 %
Aq. dest.

In dieser Flüssigkeit, die etwa alle 4 Wochen erneuert wird, liegen die Instrumente bei mir z. T. seit 2—3 Jahrzehnten, ohne sich im geringsten verändert zu haben. Folgende Kleinigkeiten muß man sich dabei merken:

1) Das Wasser muß destilliertes oder mindestens abgekochtes sein.

2) Geölte Instrumente, also neue oder reparierte, müssen erst mit Benzin vollständig entölt werden, namentlich am Schloßteil. Geölte Metalle werden von der Flüssigkeit angegriffen.

3) Aluminium verträgt die Flüssigkeit nicht.

4) Seife darf nicht in die Flüssigkeit übertragen werden.

5) Sonden läßt man sich am besten so ändern, daß Griffbreite und Sondenkrümmung in einer Ebene liegen, weil sonst gerade die Sondenknöpfe leicht aus der Flüssigkeit herausstehen.

Zur Einführung der Finger in die Scheide benutze ich die von mir angegebene honigdicke Abkochung von Lichen Carrageen, irländischem Moos. Ich stelle mir diese Abkochung jetzt selber her, indem ich die Rohdroge vorrätig halte. Von 5 bis 10 g der Droge kann man etwa $^1/_2$ Liter herstellen, 10 Minuten Kochen unter Umrühren genügt; dann durchseihen. Durch Zusatz von Benzoesäure, $^1/_3$%, wird die Fäulnis verhindert. Dieses Carrageen-Mus macht die Finger sehr schlüpfrig und ist dabei wasserlöslich. Es leistet, wenn sterilisiert, auch vortreffliche Dienste in der Geburtshilfe, namentlich bei der Wendung. Durch stundenlanges Kochen läßt die Schlüpfrigkeit allerdings nach, das ist ja aber auch nicht nötig.

Ich führe, wenn es irgend möglich ist, zwei Finger in die Scheide, und wenn dies nicht geht, gewöhnlich den Zeigefinger in die Scheide und den Mittelfinger in den Mastdarm. Dieser Griff ist sehr leistungsfähig und zur Untersuchung des Douglas unentbehrlich. Hat man einen Handschuh an, braucht man sich nicht lange zu besinnen, diesen Griff mit zu verwenden. Ein wichtiger Nebengewinn des Handschuhtragens. Ein anderer Gewinn aber ist die Vermeidung der Infektion mit Syphilis, die bei Frauenärzten gar nicht selten ist.

Folgende Gründe sprechen für die Wahl der linken Hand zur inneren Untersuchung und zur Wendung.

1) Die linke Hand kann in der Sprechstunde dauernd den Handschuh tragen, die rechte Hand, an der man den Handschuh ohne große Bedenken entbehren kann, bleibt dann zum Schreiben frei.

2) Die linke Hand ist ein wenig kleiner als die rechte, sie eignet sich deswegen besser, wenn die ganze Hand in die Scheide geführt werden muß.

3) Die rechte Hand ist die kräftigere, und die äußeren Griffe auf dem Bauche erfordern sowohl bei der Untersuchung, wie bei der Wendung, wie beim Wigand-Martin'schen Handgriff die größere Kraft.

Es ist unmöglich, beide Hände gleichmäßig auf die innere Untersuchung einzuüben. Deswegen verzichte ich auf den innerlichen Gebrauch der rechten Hand fast ganz. Wenn die Frau im Bette liegt, und ich von der linken Seite des Bettes nicht herankommen kann, so lasse ich sie mit dem Gesäß auf den Rand des Bettes rücken und den rechten Fuß auf einen Stuhl oder auf meinen linken Oberschenkel setzen. Bei ähnlicher Lagerung mache ich auch oft Auskratzungen. (Spülungen lasse ich bei Auskratzungen in Privatwohnungen weg.) Zuzugeben ist, daß man mit der linken Hand die rechte Beckenhälfte nicht genügend beherrschen kann, so wenig wie mit der rechten Hand die linke. Es steht nichts im Wege, zur Aufklärung der rechten Beckenhälfte auch einmal die Hände zu wechseln. Ich komme gewöhnlich damit aus, daß ich an die linke Seite der Frau trete, also so zugreife, wie es Thure Brandt gelehrt hat (der übrigens die Hände zu wechseln vorschrieb).

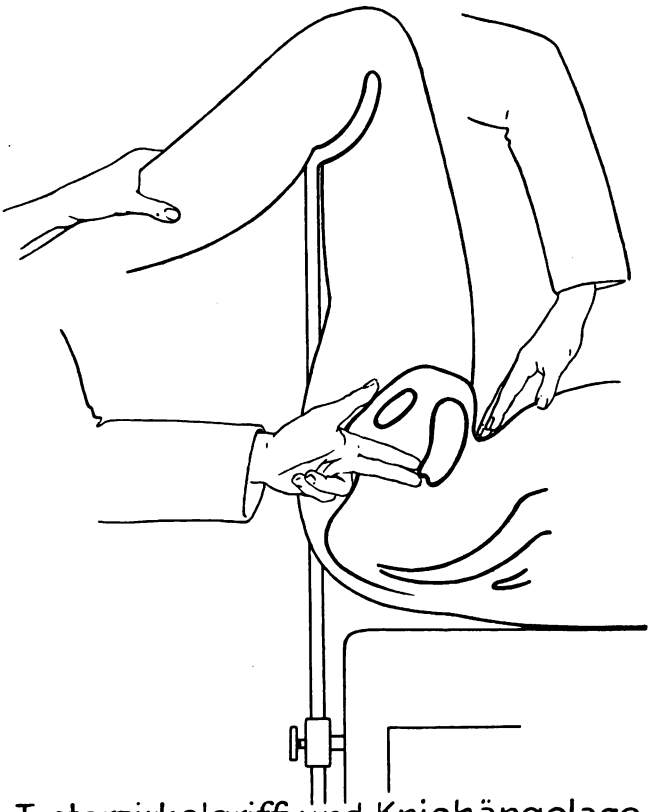
Die Hauptschwierigkeit der Untersuchung liegt in der Angst der Frauen begründet. Die Männer schämen sich ihrer Angst und sind bereit, sie tunlichst zu unterdrücken; Frauen betonen ihre Angst und verlangen Rücksicht darauf. Diese Angst verhindert sie auch schon, die Kleidung gehörig zu lockern. Aber man muß, auch wenn es Kämpfe kostet, darauf bestehen, daß sämtliche Bänder und Knöpfe bis über die Herzgegend hinauf aufgemacht werden. Viele Frauen sind dann, wenn sie sich auf den Untersuchungstisch legen, unwillkürlich in gespannter Bereitschaft, der Hand des Arztes heimlichen aber äußersten Widerstand zu leisten. Man muß sie aus diesem Abwehrkrampf, der sie ganz beherrscht, erst sanft aber vollkommen aufwecken, um ihnen klar zu machen,

daß so gerade jede Untersuchung unmöglich wird, daß sie ganz schlaff liegen müssen, die Arme fallen lassen, den Mund ein wenig öffnen, die Augen schließen, alles Stöhnen unterlassen und so atmen, als wenn sie schliefen. Zuweilen genügt es auch schon, wenn man sie durch ein Gespräch ablenkt, und man kann sich dazu die Fragen nach den überstandenen Entbindungen oder nach dem Verlauf der Periode aufsparen. Auf die eine oder andere Weise kommt man etwa in der guten Hälfte der Fälle zu einer genügenden Betastung. In der zweiten kleineren Hälfte müssen andere Mittel heran, und eine kleine Minderzahl bleibt übrig, wo alle Künste vergeblich sind: die Fettmengen unter der Haut und im Gekröse oder die Luftauftreibung durch mangelnden Tonus des Darms oder der Bauchdecken machen es unmöglich, bis zu den Eierstöcken durchzudringen. Man muß sich begnügen, wenn man den Uterus endlich so weit gefühlt hat, daß man seine Größe schätzen kann. Und zuweilen gelingt auch das nicht. Hier muß dann die Narkose heran. Aber die Narkose bietet nicht den Vorteil, der dem Aufwande entspricht. Rauschnarkose nützt gar nichts, man muß schon Chloroform anwenden, und man gibt am besten auch eine Morphiumspritze vorher, sonst wird es doch etwas Halbes.

Erleichterungen der Untersuchung sind auch außer der Narkose mehrfach angegeben worden. Ich selbst habe zwei ausprobiert und kann sie warm empfehlen:

1) Der Tasterzirkelgriff. Für gewöhnlich wird die beidhändige Betastung so gelehrt und abgebildet, daß die auf dem Bauche liegende Hand die Stellung hat, wie beim Klavierspielen. Auch der Wigand-Martin'sche Handgriff wird zuweilen so abgebildet, während man draußen in der Praxis doch wohl meist die Faust auf den Kindskopf stemmt, den Ellenbogen fast streckt und den Oberkörper so darüber neigt, daß gut das halbe Körpergewicht mit verwandt wird, um den Kopf durch den Beckeneingang zu wuchten. Man hat, wenn man sich über den Bauch neigt, eine viel größere Kraft im Arm, und wenn die Hand somit für die Aufbringung der Kraft nicht zu sorgen braucht, so ist sie um so feinfühliger an Ort und Stelle. In diesem Sinne führe ich zur Untersuchung meinen rechten Arm, mit dem Ellenbogen voran, zwischen den Knien der Frau hindurch, setze die Fingerspitzen zunächst verkehrt, nämlich mit der Handfläche nach dem Nabel gerichtet, auf den Leib und lasse sie erst einmal so bis zur Hinterfläche der Gebärmutter vordringen. Nun drehe ich die Hand oft

— nicht immer — nach vorn, d. h. mit der Handfläche nach dem Schambein, aber der Ellenbogen bleibt vorgeschoben. Die beiden Arme bilden ungefähr die Figur eines symmetrischen Tasterzirkels. Vermutlich hat dies mancher Frauenarzt schon gemacht, aber unabsichtlich. Ich empfehle sehr, es regelmäßig zu tun. Die



Tasterzirkelgriff und Kniehängelage

Finger werden also in gestreckter Stellung gebraucht, und die Kraft wird ihnen vom Arm und der darüber geneigten Schulter gegeben. Sie dringen leichter und tiefer ein, und bei Richtung der Handfläche nach dem Nabel drücken sich die Fingernägel gar nicht, bei Richtung nach dem Schambein freilich etwas in die Haut. Ich erreiche mit dem Tasterzirkelgriff bei weitem mehr als mit dem Klaviergriff.

2) Die Kniehängelage. Dazu gehören Beinhalter, die nur halbmondförmige Kniestützen tragen; mit rinnenförmigen Waden-

stützen ist es umständlich. Diese Beinhalter stelle ich so hoch, daß die Frau nicht ganz mit ihren Kniekehlen hinaufreicht, also um 3 bis 5 cm zu hoch. Nun muß die Frau mit den Kniekehlen da hinauf rücken, und die hinter mich tretende Gehilfin drückt mit ihren Händen auf beide Schienbeine, so daß die Frau ohne eigene Kraftaufwendung an ihren Kniekehlen hängt. Sie schwebt mit ihrem Kreuz nun einige Millimeter oder Zentimeter über dem Polster, sie liegt also nicht auf. Dieser Kunstgriff verbessert die Haltung der Wirbelsäule und der Bauchmuskeln bis zum äußerst Erreichbaren. Die richtige Lage wird passiv hergestellt. Es ließe sich gewiß auch eine mechanische Einrichtung ersinnen, die diese Haltung ohne Hilfe einer dritten Person ermöglicht. Da ich immer mit einer Gehilfin arbeite, hatte ich keinen Anlaß dazu.

Noch folgende Hilfsmittel sind zu beachten, namentlich wenn eine Frau im Bett oder auf dem Sofa untersucht werden muß:

Die Aufforderung, den Bauch einzuziehen, wirkt meistens günstig für unsern Zweck, nur darf dabei die Atmung nicht unterbrochen werden. Das Einziehen des Bauches besorgt das Zwerchfell; die Bauchmuskeln erschlaffen dabei und folgen passiv der Abflachung.

Eine gute Rumpfhaltung wird erzielt, wenn die Frau bei angezogenen Beinen ihr Kreuz vom Lager erhebt, oder wenn sie ihre Fäuste unter die Hinterbacken schiebt.

Die Bauchmuskeln erschlaffen auch, wenn der Hacken des einen Fußes auf oder hinter das Knie des anderen Beines gelegt und der gehobene Unterschenkel bis zur Wagerechten gesenkt wird. Man versuche dies an sich selbst im Bett. Aber es fehlt den zu untersuchenden Frauen meist die ruhige Gelassenheit, die zu dieser Haltung gehört.

Konstitution

Über die Konstitution hat uns die letzte Zeit mehrere bedeutende Werke beschert. Zunächst das von Mathes in der Halban-Seitz'schen Biologie und Pathologie des Weibes. Das Werk ist unverkennbar eine neue Bearbeitung des früheren Mathes'schen Werkes: Der Infantilismus, die Asthenie usw. Ungefähr das, was in der ersten Arbeit „Psychasthenie" hieß, heißt in der zweiten „Intersexualität" (hergeleitet von Goldschmitt's Züchtungsversuchen an Schmetterlingen). Der Hauptinhalt dieses Krankheitsbegriffs sind Stimmungsschwankungen. Den „asthenischen Anfall" (Peritonitisartige Krisen bei motorischer Unruhe, feuchter Zunge) beschreibt sowohl die erste wie die zweite Arbeit. Als Gegenstück zur Intersexuellen stellt die zweite Arbeit die „Pyknika" auf; der Ausdruck ist nach der von Kretschmer gebrauchten Bezeichnung „pyknisch" gebildelt, von πυκνὸς, fest, tüchtig, verständig. Zur Beschreibung dieser beiden Grundformen zieht nun Mathes körperliche Merkmale heran, die die europäische Rassenkunde als Rassenmerkmale in Anspruch nimmt, und kommt also, wie Kolde gezeigt hat, mit der Rassenkunde in Widerspruch. Mathes beschreibt in seiner Intersexuellen ungefähr die dinarische Rasse und in seiner Pyknika ungefähr die ostische Rasse. Wenn Mathes die europäische Rassenkunde gekannt hätte, hätte er sein Werk vollständig anders geschrieben. Leider kann er es nicht mehr umarbeiten, und so bleibt uns nur die Fülle von einzelnen Beobachtungen und Lehren, die durch die beiden Werke verstreut sind. Niemand, der über Konstitution etwas schreiben will, kann an diesen beiden Werken vorbei.

Sodann das Werk von Kretschmer, „Körperbau und Charakter". Es hat weit über den Kreis der Psychiatrie hinaus Bedeutung, denn Kretschmer unternimmt es 1) die ganze Menschheit in Formenkreise einzuteilen und 2) die Einteilung der Geisteskranken nach Kraepelin in Schizoide und Cykloide auf die gesunde

Menschheit auszudehnen. Das sind also gewaltige Bausteine zum Aufbau der Konstitutionslehre.

Wenn ein Forscher vorurteilsfrei die Menschen nach allen zugänglichen Merkmalen seelischer und körperlicher Art untersucht und schließlich die Fülle der Beobachtungen so sichtet, daß wiederkehrende Grundformen sich herausstellen, so muß er letzten Endes auf die Bestandteile stoßen, die die heutige europäische Menschheit zusammensetzen. Diese Bestandteile sind aber die europäischen Rassen. Und so ist es Kretschmer auch ergangen, ein glänzendes Zeichen für die Vollständigkeit seines Merkmalverzeichnisses und für den Scharfblick, mit dem er seine Beobachtungen gesichtet hat. Von den drei Typen, die er gefunden hat, hat der asthenische einige Ähnlichkeit mit der nordischen Rasse, sein athletischer Typ hat starke Ähnlichkeit mit der dinarischen Rasse und sein pyknischer Typ gleicht sehr der ostischen Rasse.[1]) Auch Kretschmer ist es vermutlich wie Mathes gegangen, er hat die europäische Rassenkunde vorher nicht gekannt. Der Einwand, die von ihm gefundenen Konstitutionsformen wären ungefähr die europäischen Rassenformen, ist denn auch bald gemacht worden, und Kretschmer geht in seiner neuesten Auflage (S. 103) schon darauf ein und kommt zu dem Ergebnis, daß eine einfache Deckung zwischen Konstitutionstypen und Rassetypen wohl abgelehnt werden müsse, aber Beziehungen zwischen beiden Formkreisen wären zugegeben, hier warte noch ein weites und wichtiges Forschungsgebiet. Das wird stimmen, vor allem entwickelt werden muß eine noch in den Anfängen steckende Wissenschaft: die Rassenmischungskunde.

Wie sich aus der Rassenmischung und der Mitwirkung der Um-

[1]) Als ich mein Physikum machte, eröffnete der Botaniker de Bary das Verhör mit der Frage: „Wonach teilt man die Pflanzen ein?“ Ich bekam ein böses Gewissen, denn gerade seine ersten Vorlesungen hatte ich zufällig versäumt. Ich fing dann an aufzuzählen: nach den Geschlechtsorganen, den Keimformen, den Atmungsorganen, den Saftkanälen usw. de Bary ließ mich erst eine Weile gewähren, dann sagte er ruhig: „Das werden Sie nie erschöpfen. Man teilt die Pflanzen ein nach ihrer natürlichen Verwandtschaft.“ — Mit dem schnellen Urteil der Jugend dachte ich damals, das sei doch nur eine Redensart. Jetzt weiß ich es: das ist keine Redensart, es ist eine wissenschaftliche Begriffsbestimmung, ein festes Gleis für die Forschung. Dies Wort: man teilt die Menschen ein nach ihrer natürlichen Verwandtschaft, muß auch vor allen Einteilungsversuchen an der Menschheit stehen. Daß es freilich mit dieser Begriffsbestimmung allein noch nicht getan ist, lese man bei Scheidt nach.

welt bestimmte Volkseigenarten entwickelt haben, so können auch bestimmte Konstitutionsgrundformen daraus entstanden sein, unbeschadet des Lehrsatzes, daß es Mischrassen nicht gibt, sondern nur Rassenmischlinge. Die Blutvermischung zahlreicher ähnlicher Rassenmischlinge kann zusammen mit den auslesenden Wirkungen der Umwelt doch Formenkreise schaffen, die anscheinend andere Brennpunkte haben als die reinen Rassenformen. Hoffentlich läßt es Kretschmer sich selber angelegen sein, noch an den Brücken zwischen Rassenkunde und Konstitutionslehre mitzubauen.

Im zweiten Teil seines Werkes dehnt nun Kretschmer die Lehre von den schizoiden und zykloiden Gemütsarten weiter aus, indem er sie auf die ganze Menschheit und dann mit besonderer Begriffsschärfe auf die Genialen anwendet. Der Teil ist sehr reizvoll, und merkwürdig: wenn man jedesmal statt schizoid „nordisch" und statt zykloid „ostisch" liest, scheint auch das meiste zu stimmen. Es ist ja gar nicht unwahrscheinlich, daß mit Schizothymie und Cyklothymie in Wirklichkeit Rassencharaktere beschrieben sind. Denn Gegensätze sind ja die beiden Gemütsarten nicht, die eine ist nur ganz anders als die andere. Wie eben die Rassen.

Van der Horst hat in einer experimentell-psychologischen Arbeit die Ergebnisse Kretschmer's bestätigt und ergänzt [1]).

Die ostische Menschheit kommt bei Kretschmer, ebenso bei Mathes und bei van der Horst entschieden besser weg als bei Günther, oder gar erst bei Hauser. Das kann wiederum mit der Rassenmischung zusammenhängen, indem eben die Durchschnittsform nicht dieselbe ist wie die Rassenform. Doch ergeben sich auch schon notwendig Verschiedenheiten je nach dem Standpunkt, von dem aus man urteilt. Den besseren Überblick gewährt natürlich die Rassenkunde, wenn sie auch durch ihre ungeheuren geschichtlichen Offenbarungen leicht zur Überschätzung der nordischen Rasse verführt.

---

[1]) Die schizophrenen, zwiespältigen Psychosen, Dementia praecox, Paranoia, gehen in Verblödung oder doch in Veränderung der Persönlichkeit aus, die cyklophrenen verlaufen in periodischen Gemütsschwankungen und heilen wieder. Der schizoide, schizothyme (d. h. der zur Schizophrenie, nicht zur Cyklophrenie veranlagte) Mensch ist gespalten, kompliziert, im Innern unharmonisch, verschlossen, schwer durchschaubar, in sich hinein lebend, zeitigt Überraschungen. Der cykloide, cyklothyme Mensch ist von Stimmungen abhängig, fröhlich oder trübe, offenherzig, einheitlich.

Ferner das umfang- und inhaltreiche Werk von Aschner: Die Konstitution der Frau. Dieses Werk macht es sich vor allem zur Aufgabe, die Abkehr Virchow's von der Humoralpathologie kritisch zu betrachten, die Abhängigkeit der Organleiden vom Gesamtbefinden zu zeigen und die Heilmittel der alten Ärzte, besonders das Purgieren und Aderlassen, wieder zu Ansehen zu bringen.

In der Tat, die Vorstellung, daß die alten Ärzte in ihren durch Jahrtausende vererbten Mitteln völlig Unwirksames gepflegt und diese Unwirksamkeit gar nicht bemerkt hätten, diese Vorstellung wäre ja unsinnig. Wenn wir den Alten Kenntnisse in der Anatomie und Chemie absprechen, sind wir im Rechte, aber wenn wir ihnen Beobachtungsgabe und Erfahrung absprächen, so machte das unserem Verstande wenig Ehre. Und der Glaube, daß wir mit unseren Exstirpationen und Fixationen den alten Purgierern berghoch überlegen wären, ist nur ein Beweis, daß nicht jenen lehrhafte Verblendung vorzuwerfen ist, sondern uns. Glücklicherweise hat nun die Organpathologie begonnen, sich selbst zu überwinden, nämlich durch die Erforschung der inneren Sekretion und des vegetativen Nervensystems, und so werden wir in absehbarer Zeit die Fahne der Konstitutionspathologie wieder mit Überzeugung flattern lassen, diesmal nicht über dem Schwemmsand ererbter Anschauung, sondern diesmal auf dem gewachsenen Boden sicherer Forschungsergebnisse.

Solche Gedankengänge ausgelöst zu haben, ist das große Verdienst Aschner's. Sehr wertvoll und unerschöpflich ist der Abschnitt über Asthenie, und das Ganze ist ein Nachschlagewerk, das so leicht keine Antwort schuldig bleibt.

Leider kennt auch Aschner nicht die europäische Rassenlehre. Z. B. beschäftigt er sich viel mit der „Komplexion", worunter die Haar-, Haut- und Augenfarbe verstanden ist. Dies ist nun ein sehr wichtiges Rassenmerkmal! Schon möglich, daß die Farbe im Sinne der oben angedeuteten Rassenmischung heute eine Bedeutung für die Konstitution hat, die von der Rassenherkunft der Farbe weit abliegt, so muß dennoch ein so hervorragendes Rassenmerkmal veranlassen, nach anderen Merkmalen der gleichen Rasse zu suchen, und dies führt besser zur richtigen Beurteilung, als wenn man die Rassenherkunft unbeachtet läßt. Unsere so gründliche Wissenschaft läßt sich doch sonst keine Gelegenheit zur ursächlichen Ableitung entgehen!

Man sieht, ohne die Rassenkunde gehts nicht mehr, denn die Konstitution, d. h. die gesamte Beschaffenheit eines Menschen ist zu allererst abhängig von seiner Herkunft, von seinen ererbten Rasseeigenschaften. Eine Wissenschaft von so riesigem Wirkungsbereich, die nicht nur in die Konstitutionskunde, sondern auch in zahlreiche andere Gebiete, wie Geschichte, Religion, Politik, neue weite Einblicke verschafft, vor der die Schädellehre und die Physiognomik verschwinden, die den Ausgangspunkt für die Degenerationslehre bilden muß, eine so überragende, aufschlußreiche Wissenschaft muß und wird auch Deutschlands Hochschulen sich noch erobern. Man mag ihre Lehren widerlegen, man mag zu beweisen suchen, daß Rassenmischung besser sei als Reinzüchtung der Rassen, das ist wissenschaftlich, aber die Rassenlehre nicht zu beachten, ist nicht mehr erlaubt und rächt sich.

Der beste Führer in dieses Wissensgebiet ist zur Zeit Günther's Rassenkunde des deutschen Volkes, nebst seiner Ergänzung: Kleine Rassenkunde Europas. (Das große Werk von Scheidt ist erst im Erscheinen begriffen.)

Über den Inhalt noch etwas mitzuteilen, hat keinen Zweck, die Bücher müssen gelesen, es muß Stellung dazu genommen werden. Daß der eine Zweig dieser Wissenschaft noch weiter auswachsen muß, nämlich die Rassenmischungskunde, wurde schon erwähnt; bedeutende Anfänge sind schon da. Aber noch eins ist zu betonen. Die Rassenkunde hat bisher fast ohne ärztliche Mitwirkung gearbeitet. Deshalb beschränkt sie sich fast auf die Merkmale, die am bekleideten Menschen zugänglich sind: Kopf, Farben, Gestalt usw. Es ist höchste Zeit, daß sich die ärztliche Wissenschaft ihrer annimmt: die rassenvergleichende Untersuchung des Rippenkorbs, der Wirbelsäulenhaltung, der Beckenform und Beckenneigung, der Hirnform, der Lungenkapazität, des Magensaftes, des Blutes, der Krankheitsneigung usw. wird zahlreiche Rassenmerkmale aufdecken, wird unabsehbare neue wissenschaftliche Kenntnisse erschließen und Irrtümer beseitigen.

Als Beleg dafür diene folgendes. Der Begriff und die Formung der „Asthenie" geht auf Stiller und Mathes zurück. Sie haben dem Bilde der Asthenie vor allem den flachen Brustkorb als Kennzeichen mitgegeben. Stiller außerdem noch das Merkmal der frei endenden zehnten Rippe, das aber sein Ansehen wohl allgemein verloren hat. Man lese, was Wenckebach, der erst in Holland, dann im Elsaß Beobachtungen sammelte, dazu zu sagen weiß:

„Besonders die Friesen aus der holländischen Provinz Friesland sind lange, überschlank gebaute Menschen, die den asthenischen Typus Stiller's und was man gewöhnlich den Habitus phthisicus nennt, in exquisiter Form darbieten. Das Zusammenvorkommen von flachem Thorax und Lungentuberkulose ist dort so häufig, daß man eigentlich gar nicht dazu kommt, die Zusammengehörigkeit beider Symptome zu bezweifeln. Ganz anders im Elsaß! Die allemannische Bevölkerung mit stark romanischem Einschlag besteht aus eher kleinen Leuten. Namentlich sieht man dort den schönen natürlich gewölbten Thorax. Es ist mir in den drei im Elsaß verlebten Jahren nicht gelungen, für meinen Unterricht auch nur einen Fall aufzugreifen, der meinen Studenten die Beziehung eines flachen Thorax zur Spitzentuberkulose hätte demonstrieren können, und auch in der vielbesuchten Poliklinik war es nicht möglich, solche Fälle aufzutreiben. Dabei hat das Elsaß vom ganzen deutschen Reiche die höchste Tuberkulose-Sterblichkeit aufzuweisen. So kam ich zur Überzeugung, daß das häufige Vorkommen von Tuberkulose bei flachem Thorax einer Rasseneigentümlichkeit zuzuschreiben sei. Es hat mir auch diese Erfahrung erklärlich gemacht, wieso die allerbesten gerade unter den französischen Klinikern sich nie der Lehre eines Habitus phthisicus haben anschließen können."

Wer soll diesen Widerspruch zwischen der Stiller-Mathes'schen Lehre von der Asthenie und den Wenckebach'schen sowie französischen Beobachtungen auflösen? Nach der Rassenkunde hat die holländische Bevölkerung einen starken nordischen Einschlag: daher die schlanken Körperformen, die elsässische einen schwachen nordischen Einschlag, während in Frankreich die nordische Rasse beinahe ausgerottet ist. Das trifft merkwürdig zusammen mit dem Vorkommen des flachen Brustkorbs in diesen Ländern. Also die rassenvergleichende Untersuchung des Brustkorbs kann hier wahrscheinlich Klarheit schaffen, was es mit der Asthenie und dem Habitus phthisicus auf sich hat! Einstweilen müssen wir die herkömmliche Beschreibung des Habitus phthisicus als unbewiesen ansehen.

Helfen könnte uns hier das verbesserte Beckenneigungsmeßgerät nach Flatau und Kirstein, wenn man nur die Rassenkunde dabei nicht vergäße und die Messung des Rumpfes mit Messung des Schädels und Bestimmung der Farben verbände. Es ist von vornherein zu vermuten, daß die groben Unterschiede, die man mit dem genannten Gerät herausmißt, nicht (oder doch nur mittelbar) Konstitutionszeichen,

sondern Rassezeichen sind. Ich habe seit einigen Monaten das Gerät benutzt, habe mich überzeugt, daß es für einen einzelnen Arzt unmöglich ist, zu verläßlichen Ergebnissen durchzudringen, und zwar deshalb, weil es selbst hier in Niedersachsen an rein nordischen Menschen durchaus fehlt, man also auf das höchst gefährliche Schlüsseziehen aus Messungen an vorwiegend nordischen Menschen angewiesen ist, glaube aber doch so viel herausgemessen zu haben, daß die nordische Rasse einen viel größeren Beckenneigungswinkel, eine längere Lendenwirbelsäule und einen spitzeren Wirbelsäulen-Rippen-Winkel hat als die ostische Rasse. (Von den schon bekannten Merkmalen: große Gesamthöhe, verhältnismäßig lange Beine, spreche ich nicht.) Im großen und ganzen bedeutet das den besseren Skelettbau: die steile Beckenstellung erschwert die Retroflexio, erschwert nach dem Parallelogramm der Kräfte den Vorfall, und der lange eiförmige Bauch paßt sich den Raumanforderungen der Schwangerschaft sehr leicht an, während der quadratische Bauch der Ostrasse nur durch wirkliche Überdehnung den nötigen Raum schaffen kann und so später zum Hängeleib wird. Endlich bedeutet die spitzwinklig hängende Rippe die beste Ausgangsstellung für die Atmung: eine Hebung der Rippen um wenige Winkelgrade vergrößert den Brustraum ausgiebig; je größer der Anfangswinkel, desto geringer wirkt die Rippenhebung auf den Rauminhalt des Brustkorbs (beim rechten Winkel würde sich das Verhältnis in sein Gegenteil verkehren).

Aber ich gebe dies alles mit dem Vorbehalt, daß meine Messungsergebnisse falsch sein könnten. Soll hier ganze Arbeit geleistet werden, so müßten zunächst gleiche Messungen in Schweden und in Mitteldeutschland gemacht werden. Sieht man erst, wie Wichtiges dabei herauskommt, so werden sich auch Forscher finden, die die Messungen auf die dinarische, ostbaltische und vielleicht auch die westische Rasse ausdehnen.

Was von dem allen kommt nun für die alltägliche Sprechstundentätigkeit des Frauenarztes in Betracht? Die Kräftigen, also die Pyknischen, Robusten, Athletischen, gehen uns im ärztlichen Berufsleben wenig an. Unter den Schwächlingen hat nun Max Hirsch eine Ordnung geschaffen, indem er seine Dysmenorrhoe-Beobachtungen sichtete; die Dysmenorrhoe-Kranken sind ja beinahe alle Konstitutions-Schwächlinge. Er errechnete 85% Asthe-niker, 2% Pykniker, 13% dysplastische Spezialtypen (auf fehlerhafter Inkretmischung beruhend). Die Asthenie bedeutet ihm

mangelhafte Entwicklung alles dessen, was vom mittleren Keimblatt stammt: Bindegewebe und Muskeln. Und die Astheniker teilt er nun ein in Ptotiker, Hypoplasten, Neurastheniker, Spasmophile und Intersexe. Die Ptotiker kennzeichnen sich durch besondere Schlaffheit der Aufhängebänder. Hypoplasie ist wohl dasselbe wie Infantilismus. Von der Neurasthenie sagt er, daß sie angeborene Schwäche des vegetativen Nervensystems sei. Bei den Spasmophilen habe die Übererregbarkeit auf die animalen Nerven übergegriffen. Inersexe sind solche, wo Männliches oder mangelhaft entwickeltes Weibliches am Körper oder im Triebleben deutlich wird; der Begriff ist also wesentlich enger gefaßt, als bei Mathes.

Es ist möglich, daß man gut tut, diese Einteilung nach Hirsch für alle Schwächezustände, nicht nur für die Dysmenorrhoe, anzunehmen. Eine ganz stichhaltige Gliederung ist ja für alle Zeiten unmöglich. „Alle Systematisierung", sagt Hirsch, „schafft künstliche Einschnitte". Und die Gruppen überdecken sich vielfach wie ebenfalls Hirsch sagt. Sammelbegriffe zu gebrauchen ist unvermeidlich.

Ich habe mich nun seit Jahren an eine Zweiteilung gewöhnt. Ich unterscheide zwischen Asthenie und Nervosität. Das ist nach Hirsch, der die Neurasthenie unter die Asthenie rechnet, falsch. Aber es findet seine Berechtigung darin, daß diese zwei Gruppen im Allgemeinen durch die zwei wichtigen Fragen nach Appetit und Schlaf geschieden werden können: die Astheniker können gut schlafen, aber essen schlecht; die Nervösen können gut essen, aber schlafen schlecht. Woraus sich sofort auch ein Unterschied in der Behandlung ergibt. Das ist natürlich lange nicht immer so, und gar manche Frau bietet die Merkmale beider Gruppen. Aber es gibt doch noch andere Merkmale, die dieser Zweiteilung recht zu geben scheinen, worauf ich noch zurückkomme.

Die Blutarmut, die so oft in aller Munde ist, rechne ich zur Asthenie. Aber sie ist recht selten. Wenn man eine Zeit lang fleißig das Haemoglobinometer benutzt, zeigt es sich, wie wenig die Blutkrankheiten vorkommen. Was so als „blutarm" durchs Leben geht und viel Eisen schluckt, ist durchweg nicht anämisch sondern nervenschwach oder asthenisch. Es paßt gut zu diesen meinen Auffassungen, daß Hirsch unter seinen Dysemnorrhoe-Kranken eine anämische Gruppe überhaupt nicht aufstellt.

Von der Nervosität bemerke ich, daß ich sie im Sinne Goldscheider's begrenze: Überempfindlichkeit. Nicht die Hysterie etwa

halte ich für alltäglich, auch nicht einmal die Neurasthenie, sondern eben die Überempfindlichkeit, die nervöse Reizbarkeit. Die Spasmophilen sind bei mir unter die Nervösen zu zählen.

Die Infantilen bin ich bereit, aus der Zweiteilung auszunehmen. Zwar von der Asthenie läßt sich der Infantilismus nicht vollständig trennen, denn zwischen Schwäche und Zurückgebliebenheit kann es keine scharfen Grenzen geben. Mathes vereinigte beide Dinge und sprach von asthenischem Infantilismus. Nach ihm geht der Begriff des Infantilismus auf die Form, der Begriff der Asthenie auf die Funktion. Die Asthenie als etwas Funktionelles aufzufassen, ist zur Zeit das Gegebene, gerade weil die Körperformen der Asthenie umstritten sind. In der Tat entsteht die allgemeine Unzulänglichkeit aus so verschiedenen Ursachen, daß man sich hüten soll, sie mit bestimmten Formbegriffen zu verbinden. Vielleicht ist die Inkretforschung berufen, hier einst Teilungen oder Abtrennungen vorzunehmen.

Der allgemeine Infantilismus ist, auch nach Aschner's Meinung, recht selten, kann also in einer Betrachtung des Alltäglichen nicht besprochen werden. Teilinfantilismus kommt öfter vor, namentlich an der Gebärmutter und den Eierstöcken: Regelstörungen nach beiden Richtungen, Unfruchtbarkeit, Fehlgeburten, Wehenschwäche sind häufige Folgen davon. Den infantilen Gebärmutterhals erkennt man an der zierlichen Form des Scheidenteils mit engem Muttermunde und an seinem besonderen Widerstande gegen die Hegarstifte.

Die Asthenie und die Überempfindlichkeit sind es also, die die Sprechstunde des Frauenarztes bevölkern. Obwohl weder die Asthenie noch die Überempfindlichkeit wissenschaftlich genügend erfaßt sind, sind es doch leicht greifbare Dinge. Sie lassen sich sogar gut unterscheiden, sofern sie nicht, wie so oft, miteinander vereint sind, denn aus funktioneller Minderwertigkeit entwickelt sich gerade leicht die Überempfindlichkeit (Goldscheider). Am häufigsten kann man die beiden großen Gruppen, wie gesagt, schon durch die beiden im Abschnitt „Anamnese" mit Beispielen veranschaulichten Fragen nach Appetit und Schlaf unterscheiden. Die Appetitlosigkeit deutet auf Asthenie und muß auch den Gedanken an Tuberkulose aufkommen lassen, die Schlaflosigkeit deutet auf Nervenschwäche.

Aber mit diesen beiden Fragen kommt man lange nicht aus. Folgende Zeichen sprechen mehr für Asthenie:

anamnestisch:

Langjährige Magen- oder Darmbeschwerden, zuweilen schon in der Kindheit gewesen, „Insuffizienz des Verdauungsapparates in der Kindheit“ (Mathes), zuweilen seit der Pubertät oder seit der Entbindung (Mathes: unfähig, die Lasten des Geschlechts zu tragen),

langjährige Stuhlträgheit,

schwere Bleichsucht, überstandene oder gegenwärtige,

erbliche Disposition zur Tuberkulose,

Abmagerung trotz gutem Appetit,

dauernde Magerkeit,

dauernde Appetitlosigkeit,

Erschöpfungszustand beim Unwohlsein.

Wehenschwäche,

lange Geburtsdauer;

objektiv:

Blässe,

Magerkeit,

Magenplätschern,

sehr schlaffe Bauchdecken, schlaffer Beckenboden,

Retroflexio, Wanderniere, Magensenkung, Hängebauch, Drei-Narben-Bauch (nach Operationen am Unterleib, Blinddarm, Magen, Gallenblase, Nieren, „Furur operativus passivus“).

Folgende Zeichen sprechen mehr für Überempfindlichkeit:

anamnestisch:

Bauchschmerzen links (selten rechts) beim Gehen oder auch beim Sitzen. (Dies ist die häufigste aller Klagen, die in der frauenärztlichen Sprechstunde vorkommen. Eine sichere Erklärung kenne ich nicht.)

Magen- oder Darm-Krampfschmerzen,

Periodenkrämpfe,

übermäßiges Schwangerschaftserbrechen,

Schmerzen beim Geschlechtsverkehr,

Kopfschmerzen,

kurz vorher gegangene Anstrengung oder Gemütserregung als Ausgangspunkt der Krankheit,

Empfindlichkeit der Haut, z. B. gegen den Druck des Korsetts;

objektiv:

Steigerung der Reflexe,

Dermographie,

höhere Tastempfindlichkeit einzelner Punkte oder einer Seite,

Übergroße Empfindlichkeit bei der Untersuchung,

Unfähigkeit, die Bauchdecken zu entspannen.

Bewährte Heilmittel, außer Erholungsreisen, sind:

1. gegen Asthenie: Arsen, Lebertran u. a.

2. Gegen Überempfindlichkeit: Pyramidon, Kalzium, Schlafmittel, Baldrian, Arsen (Narcotica helfen gar nicht).

Unterleibsentzündungen

Gemeint ist sowohl Katarrh wie Beckenbindgewebs- und Beckenbauchfellentzüdung. Unter den greif- und sichtbaren Frauenkrankheiten ist dies die häufigste. Freilich ist der Katarrh sehr oft konstitutionell.

Vom Katarrh, der ja beinah immer von Lenden- oder Kreuzschmerzen begleitet ist, sagt Mathes: „Kommt eine Frau mit der Klage über Kreuzschmerzen und Ausfluß zu uns, so werden wir, bevor wir ein Spekulum einführen, uns vorher um die Einzelheiten ihrer Lebensführung bekümmern. Allmählich wird sich uns die psychische Ursache der Depression und der körperlichen Leiden enthüllen." Zu dieser Höhe der konstitutionellen Auffassung habe ich mich lange Jahre nicht aufschwingen können — so wenig, wie ich mich bisher entschließen konnte, Myomkranke nach ihrem Geschlechtsleben zu fragen. Ich muß auch im Gegensatz zu Mathes behaupten, daß die seelischen Ursachen beim Katarrh nicht deutlich überwiegen, sondern daß es oft auch körperliche sind: offenbare Asthenie mit langdauernder Appetitlosigkeit oder vererbter Veranlagung zur Tuberkulose. So vollständig ich die örtliche Behandlung der Retroflexio seit 25 Jahren aufgegeben habe, den Katarrh habe ich noch immer örtlich behandelt, und die Erfolge sind gut. Freilich verschreibe ich fast stets ein Stärkungsmittel daneben. Das tat auch Rheinstädter, der Vater der Ätzbehandlung, er verordnete allen, die er ätzte, seine Pillen aus Eisen und Rhabarber. Daß auch ohne Stärkungsmittel, nur durch die örtliche Behandlung, die Kreuzschmerzen verschwinden, davon habe ich mich bestimmt überzeugt.

In letzter Zeit bin ich aber doch auch zuweilen im Sinne von Mathes vorgegangen und habe gesehen, daß Mathes doch oft recht behält. Über die Auswahl der Fälle, in der ich dies tat, kann ich noch nichts Grundsätzliches sagen. Ich verfuhr so, daß ich zunächst die übliche Anamnese aufnahm, dann mit Hilfe von Spateln die Scheide besichtigte, dann mit der Hand untersuchte,

dann, sofern dies angebracht schien, ätzte und dann etwa folgendes sagte: „Solche Katarrhe werden oft von den Nerven verursacht in der Weise, daß irgendein Kummer der Ausgangspunkt ist. Sie müssen ja wissen, ob es bei Ihnen auch so sein kann. Wenn ja, dann müssen Sie versuchen, von diesen Gedanken abzukommen; nur dadurch wird Ihr Unterleib heil.“ Vielfach bemerkt man sofort am Erstaunen oder an den Tränen, daß man ins Schwarze geschossen hat. Die vertraulichen Aufschlüsse kommen dann zuweilen von selbst, namentlich wenn die Ätzkur zum wiederholten Wiederkommen Anlaß gibt. Dieser Umstand, daß man die Kranke einige Wochen unter Augen behält, ist ein sehr wichtiger Nebenvorteil der Ätzkur, manchmal vielleicht ihr eigentlich wirksamer Vorzug.

Ob die Erfolge solcher seelischen Aufdeckung gut sind, kann ich aus eigener Erfahrung noch nicht sagen. Wenn man den Kummer aufdeckt, so ist es noch nicht sicher, daß der Kummer auch die Ursache des Ausflusses ist. Kummer haben alle Frauen, ohne doch alle an Ausfluß zu leiden. Der Kummer drückt sie im allgemeinen mehr, als sich Männer davon unterkriegen lassen. Sie leiden an der großen Enttäuschung, genannt Ehe, sofern sie nicht um ihr Ledigsein trauern, sie leiden an der beständigen Angst vor Schwangerschaft, sofern sie sich nicht um ihre Kinderlosigkeit grämen. (Nur an einem, was in unseren maßgeblichen Werken immer wieder als große Schädlichkeit hingestellt wird, leiden sie in Wirklichkeit nicht: die Beiwohnung in der Weise des unsterblichen Onan schadet nur dem Manne, nicht der Frau.)

Nun braucht keineswegs immer geätzt zu werden. Schon vom Katarrh der Vulva abgesehen, ist der Scheidenkatarrh sogar häufiger als der Katarrh des Mutterhalses. Die meisten Ärzte sind nur gar nicht gewöhnt, dazwischen zu unterscheiden, weil die gebräuchlichen Spekula dazu völlig ungeeignet sind: sie verschaffen keinen Überblick über die Scheide. Der Zweck ihrer Bauart war immer die sichere Einstellung der Portio, aber nicht die Übersicht über die Scheide. Diesen so notwendigen Überblick kann man sich nur mit spatelförmigen, plattenförmigen Scheidenhaltern, die man einzeln einführt, verschaffen. Alle Krümmungen, alle Löffelform und alle Schnabelenden sind vom Übel, weil sie die Aussicht verdecken, statt sie freizulegen. Führt man spatelförmige Scheidenhalter ein, erst das hintere dann das vordere Blatt, so übersieht man mindestens die ganze vordere Scheidenwand und das Scheidengewölbe vollständig, und ohne daß diese vorher be-

rührt waren. Ebenso erblickt man den Muttermund unberührt und mit seinem natürlichen Schleimbehang. Ich benutze dazu ein Neugebauersches Spekulum, und zwar verkehrt: ich fasse die Löffel an und führe die Griffe ein. Aber nicht jedes Neugebauersche Spekulum hat so wenig rinnenförmige, fast platte Griffe wie das meinige. (Gerade die ursprünglichen, die sich schön federnd ineinander klemmten, haben es nicht.)

Auch anamnestisch kann man die Art des Katarrhes zuweilen erfassen, wenn auch nicht sicher. Die Absonderungen kommen hauptsächlich in zwei Arten vor: die wässrigen Transsudationen und die eitrigen Ausflüsse. Der wässrige Fluß tropft an den Beinen herunter, der eitrige macht mehr wund. Die wässrigen weisen immer, die eitrigen zuweilen auf allgemeine Schwäche hin. Die Absonderungen der Cervix sind zäh-schleimig, die des Corpus (aber auch die seelisch verursachten) gehen in Schüben ab. Der gonorrhoische Ausfluß hat einmal plötzlich begonnen, und es war anfangs vielleicht die Blase beteiligt.

Den Scheidenkatarrh, erkennbar an der Rötung und Schwellung der Schleimhaut, oder soweit sie noch da sind, der Faltenkämme, zuweilen mit Eiter in den Faltenrinnen, oft auch erkennbar an der schaumigen Beschaffenheit des Sekrets, behandle ich jetzt meistens nicht mehr mit Pulvern, sondern mit den von Lahm angegebenen Salbenkugeln. Diese Behandlung ist das bequemste für die Kranke und das billigste für die Krankenkasse und wird nur ganz selten nicht vertragen. Es war ja ein seltsamer Einfall, das was sich auf der Haut bewährt hat, einfach auch für die Scheide anzuwenden. Aber der Erfolg gibt ihm recht. Ist es nach längerer Zeit noch nicht zur Ausheilung gekommen trotz Besserung des allgemeinen Befindens, so kann man auf die anderen Verfahren: Ätzung mit Höllensteinlösung, Pulvereinstäubung, Spülung usw. zurückgreifen. Merkwürdigerweise sind auch Sublimatspülungen ein gutes Mittel gegen hartnäckige Scheidenentzündung; es ist nur mißlich, das viele Gift den Kranken in die Hände zu geben. Die ursächliche Behandlung ist aber doch meist die des allgemeinen Zustandes. An die kausale Bedeutung der Trichomonas glaube ich nicht mehr.

Sieht man jedoch im Spatelblick, daß die Scheide nicht gerötet ist, daß dagegen um den Muttermund herum eine Rötung oder eine Erosion besteht, oder ist die sichtbare Cervixschleimhaut deutlich gerötet, oder ist unverkennbar reichlich Schleim aus dem Muttermunde gequollen, läßt sich vielleicht mit den Speculum-

blättern herauspressen, dann ist es eben ein Cervixkatarrh. Konstitutionell ist auch dieser meist, natürlich kann er auch gonorrhoisch sein. Aber die Gonorrhoe gehört kaum zu den alltäglichen Dingen, nur das Fahnden darauf gehört dazu, man darf nicht müde werde, die meist vergebliche Mühe sich zu machen; bei mir ist etwa jedes 20. mikroskopische Präparat, das ich durchsehe, gonokokkenhaltig.

Die einfarbige Färbung ist vielleicht für den Dermatologen geeignet, der hauptsächlich akute Gonorrhöe zu behandeln hat. Für den Frauenarzt ist wegen der chronischen Fälle die Doppelfärbung vorzuziehen. Ich gebrauche:

1. Wässerige Methylviolettlösung, $^1/_2$ %.
2. Jod-Jodkalium-Lösung, 2 : 4 : 200.
3. Spiritus, 90 %.
4. Wässerige Neutralrotlösung, 1 : 1000.

Jede Flüssigkeit lasse ich etwa 1 Minute einwirken, Neutralrot etwas kürzer. Jodlösung und Spiritus werden 1 oder 2mal erneuert. Mit Wasser gespült wird nur vor und hinter der Neutralrotfärbung. Alte Gonokokken bleiben teilweise blau, liegen dann aber mit rotgefärbten zusammen. — Zur Sekretentnahme haben sich mir noch keinerlei Löffel bewährt, ich bin immer wieder auf die Platinschlinge zurückgekommen.

Ich behandle die Gonorrhoe entweder nur abwartend, indem ich Spülungen verordne, oder, und zwar dann täglich, mit Höllensteinlösung 3:100 im Scheidengewölbe und Muttermund und 1 : 100 in der Harnröhre.

Den Gebärmutterkatarrh, sofern er nicht offenbar nur eine Supersekretion ist und also ganz von der Konstitution abhängt, behandle ich mit Ätzungen, die alle 5—7 Tage wiederholt werden, meist im ganzen 6. Die Wahl des Ätzmittels scheint mir nicht sehr wichtig zu sein, zurzeit habe ich in dem von Menge angegebenen hohen Standglase die Mischung: Ac. carbol. liq., Formalin ana. 25,0, Spiritus 90% 50,0. Darin stehen sowohl die Mengeschen Hartgummisonden, wie die Sängerschen Silberstäbchen. Doch ätze ich den Halskanal sowie Erosionen zu Anfang meist mit Chlorzinklösung, 1 : 1. Ein guter Kunstgriff ist es, die am Muttermund eingehakte Kugelzange nicht vollständig zu schließen. Dann erzeugt sie weder Schmerz noch Blutungen. Die Erfolge der Ätzungen sind durchaus gut. Zur Auflösung des zähen Cervixschleims ist meine Instrumentenflüssigkeit leidlich geeignet, und wenn diese nicht ausreicht, Sodaglyzerin, 10%, mit Wattepinseln,

die man in der Cervix umdreht. — Niemals darf man eine Ätzbehandlung beginnen, ohne eine akute Gonorrhöe einigermaßen sicher ausgeschlossen und ohne sich vom Zustande der Anhänge überzeugt zu haben. Eine akute Gonorrhöe schiebt man sonst direkt aufwärts; bei Erkrankung der Eileiter wird man zwar mit der Gebärmutterätzung selten schaden, aber man wird auch nichts damit erreichen; der Katarrh bleibt, weil er von dort her unterhalten wird.

Damit komme ich zur Eileiter- und Eierstocksentzündung. Die Untersuchung darauf ist das schwierigste bei der Tastuntersuchung, aber die Wichtigkeit wird doch auch leicht überschätzt. Die allzu siegessichere Ertastung einer kleinen Anhangschwellung verführt leicht zu Bauchoperationen, bei denen man gar nichts findet, und um doch wenigstens etwas geleistet zu haben, den Wurmfortsatz wegnimmt. Wenn eine Schwellung der Anhänge etwas zu bedeuten hat, so wird man auch mangelhafte Bewegungsfreiheit der Gebärmutter oder Schmerz beim Hin- und Herschieben der Gebärmutter sehr deutlich feststellen können. Andernfalls lieber erst einmal abwarten und ein unschädliches Rezept verschreiben!

Operieren muß man dann, wenn sich die Beschwerden von den entzündeten Anhängen her durch Monate und Jahre hinziehen oder wiederholt Fieberschübe verschuldet haben. Die Hartnäckigkeit der Entzündungen in diesem Gebiet ist größer als am Blinddarm infolge der allmonatlichen Schwankungen der Blutversorgung. Wenn man operiert, nimmt man am besten nicht wenig weg. Natürlich habe auch ich Fälle gesehen, wo ich nur einen Eileiter weggenommen hatte und später Schwangerschaft eintrat, auch Empfängnis, sogar zweimalige, durch ein künstliches Tubenfenster habe ich erlebt. Aber das hält mich nicht ab, ein ziemlich radikales Vorgehen für das am häufigsten gebotene zu halten. Ich amputiere gern am oder dicht über dem inneren Muttermund, erhalte aber tunlichst einen Teil eines Eierstocks. Stumpfexsudate sind zwar nach meiner Erfahrung eine gutartige wenig beschwerliche Krankheit; das, was ich an späteren Folgen fürchte, sind erstens Erkrankungen des zurückgebliebenen Eileiters und zweitens hartnäckige unregelmäßige Blutungen. Man hat es doch zuweilen zu bereuen, das man zu wenig weggenommen hat, aber zuviel, das kommt gewiß sehr selten vor.

Die unangenehmste Aufgabe ist die Behandlung der fiebernden Fälle. Es gibt sehr schöne Verfahren zur Resorption, aber bei jedem wird mit Recht gewarnt, es schon im Fieberstadium anzu-

wenden. In einer Praxis wie der meinigen kommt die Gelegenheit zur Resorptionsbehandlung sehr selten vor, fiebernde Kranke aber sind häufiger. Sobald sie dann nicht mehr fiebern, lassen sie sich auch nicht mehr behandeln. Ich nenne folgende Mittel gegen den Fieberzustand, die Anwendung verdienen: 1. Jodpinselung des Scheidengewölbes und des Bauches. 2. Einspritzungen zur Anreizung der Zelltätigkeit, wobei es nicht wichtig ist, welches Mittel man wählt. 3. Einspritzungen in die Entzündungsgeschwulst selbst nach dem Vorgang von Klingmüller und Zöppritz. Vom Terpentinöl bin ich abgegangen, und verwende statt dessen Preglsche Lösung. Ich mache das in Rauschnarkose und verbrauche 20—50 ccm, die auf mehrere Stellen verteilt werden. Keine dicken Kanülen! Mit der Röntgenbehandlung (Fried, Bott, Theodor) bin ich über wenige Versuche noch nicht hinausgekommen. Diese fielen nicht sehr günstig aus.

Wenn ein Abszess deutlich wird, selbstverständlich Eröffnung: ich spalte das Scheidengewölbe und die Gewebslagen darüber mit Pinzette und Schere, bohre dann eine geschlossene Schere in den Abszess und öffne die Schere. Besondere Instrumente für diesen Zweck, deren ich selbst früher eins konstruiert habe, werden höchstens bei ganz hochgelegenen Abszessen erforderlich. Spülung ist unbedingt zu vermeiden, es genügt meist, durch einen eingelegten Gasestreifen für ein paar Tage die oberfächliche Verklebung zu verhüten.

Abort

Es entstände kein richtiges Bild der alltäglichen frauenärztlichen Tätigkeit, wenn der Abort unbesprochen bliebe. Denn er ist ja wirklich unser täglicher Gast. Bei mir kommen neben 100 gynäkologischen (und pseudo-gynäkologischen) Fällen etwa 40 Aborte und etwa 25 Schwangerschaftsbehandlungen und Entbindungen vor. Die Aborte machen also 24% aller meiner Fälle aus. Die Erfahrung darin ist im Laufe der Jahrzehnte sehr groß, zumal da alles mit eigener Hand erledigt wird. Leider kann ich eine genaue Statistik nicht geben, da ich nur eine alphabetisch nach den Namen der Kranken geordnete Karthotek besitze. Aber es fällt mir immer wieder auf, wenn ich einen Bericht über Aborte aus einem Krankenhause lese, daß diese klinische Abortwelt eine ganz andere ist als meine. Besonders ist die Sterblichkeit dort höher als bei mir. Die Erklärung liegt nahe: im Krankenhause sammeln sich die ungünstigsten Fälle, wie sie unsereiner höchstens als Konsiliarius zu sehen bekommt. Die Sterblichkeitsziffer, die Orthmann für poliklinische Aborte angegeben hat, $^1/_3$%, wird für meine Beobachtung auch ungefähr zutreffen. Der ungünstige Ausgang ist so selten, daß man die aus eigener Erfahrung entstehenden Behandlungsgewohnheiten gar nicht darauf einstellt, und deshalb mutet den Praktiker der Wintersche Standpunkt so vollständig fremd an. Bei den meisten von uns bildet sich durch die tägliche Erfahrung die Losung heraus: jeden Abort schnell und vollständig beenden! Und im Fieber sahen wohl die meisten früher eine Anzeige mehr, sofort einzugreifen. Trotzdem ich die schönen Erfolge der Winterschen Schule anerkenne, und trotzdem ich gern daraus die Lehre ziehe, daß die Ausräumung eines septischen Aborts mindestens keine Eile hat und also nicht unter ungünstigen örtlichen Verhältnissen vorgenommen zu werden braucht, bin ich von dieser Losung bisher noch kaum abgegangen. Wo ich Versuche im Sinne Winter's gemacht habe, stieß ich auf den Widerstand der Kranken oder erlebte deren Abwanderung.

Von den Verfahren der Ausräumung hat sich mit den Jahren nur eins bei mir behauptet und ist schließlich zum alleinigen geworden: die Ausräumung mit Zange und Löffel. Der Gebrauch des Fingers verlangt meist tiefe Narkose und macht die Instrumente noch nicht überflüssig. Er verlangt ferner einen Muttermund von 18—20 mm Weite. Aber es gibt reichliche Blutungen und faulige Ausflüsse schon bei viel engerem Muttermund, und die künstliche Aufweitung auf 18 mm ist entweder langwierig oder gefährlich. Man erlebt sehr bald Fälle, wo die Instrumente ohne Finger genügt haben, sieht, daß sowohl Kranke wie Arzt auf diese Weise leichter davonkommen, und so übt man sich unwillkürlich auf den Gebrauch der Instrumente derartig ein, daß man endlich auch Aborte von 4, ja 5 Monaten nur damit erledigt, gleichgültig ob die Frucht noch im Uterus ist oder nicht. Das ist gewiß nicht vorbildlich; es ist nur dem sehr Geübten erlaubt. Daß die vom geübten Facharzt gebrauchten Verfahren andere sind, als die im Unterricht gelehrt zu werden pflegen, ist eine üble Tatsache, aber es ist nicht meines Amtes, dazu Stellung zu nehmen. Auch die Rauschnarkose mit Chloräthyl, wenn nötig verlängert mit Äther, beides auf gewöhnlicher Mullmaske, mit der ich beinahe immer auskomme, ist kaum vorbildlich. Wer grundsätzlich Vollnarkose macht, wird die besten Erfolge haben, viel bessere namentlich als der, der sich bemüht, oft auf Narkose zu verzichten. In der Rauschnarkose sind die Kranken sehr unruhig; es wird ihnen deswegen bei mir ein breiter Riemen übergelegt, der von Beinhalter zu Beinhalter (von Tischecke zu Tischecke) im Bogen über den Bauch geht. Dann können sie das Gesäß nicht heben und sich nicht zurückziehen. Ich habe diesen Einfall Herrn Dr. Lothar Bock zu verdanken. Ohne den Bockschen Riemen würde ich die vielen Rauschnarkosen nicht durchführen können. Ein übler Nachteil der Rauschnarkose ist, daß man nicht mit beiden Händen untersuchen und die Gebärmutter nicht massieren kann. Wenn zwischen Abort und Tubarabort nicht sicher zu unterscheiden war, ist von der Rauschnarkose keine Aufklärung zu erwarten. Das beste Verfahren bei dieser Unsicheheit ist: nicht auskratzen, sondern einr blutstillendes Arzneimittel verordnen, um so mehr, als der pathalogische Anatom aus dem Ausgekratzten fast nie die Diagnose Tubarabort stellen kann. Aber manchmal ist die Auskratzung doch zum Aufklären oder zum Blutstillen nötig. Und so wird es jedem dann und wann trotz aller Vorsicht begegnen, daß ausgekratzt wird und sich nachher ein Tubarabort herausstellt.

Eine kleine Schwellung an den Anhängen beweist ja auch nichts, und es kommt auch das Umgekehrte vor, daß man wegen vermeintlichen Tubaraborts operiert und sich überzeugt, daß man nur hätte auszukratzen brauchen. Da soll man lieber in zweifelhaften Fällen dem etwa nötig werdenden Bauchschnitt die Auskratzung unmittelbar voranschicken.

Zu meinen Werkzeugen gehört neben Kornzangen von entsprechender Länge und Stärke, die ich nicht zu entbehren wüßte, die von Gauß angegebene Abortzange mit Zacken im Löffelmaul, mit der sich viermonatige Früchte vortrefflich herausholen lassen. Sie ist aber im Schloß zu schwach; ich habe mir daher eine ebensolche mit Lappenschloß bauen lassen. Auch die Boersche Knochenzange habe ich gelegentlich gebraucht. Dazu eine Anzahl Cüretten von verschiedener Größe und Form, neuerdings auch Kruppstahl-Cüretten. Diese und einige andere Löffel sind stumpf, aber das halte ich nicht für wichtig, und ganz ohne die scharfen kommt man nicht gut aus.

Zur Erweiterung hat sich trotz mancherlei Versuchen immer noch nichts besseres gefunden als die Hegarstifte. Sie sind ja eine wunderbare Erfindung, aber sie sind nicht ungefährlich und veranlassen manche Perforation. Falsch ist die Endigung der Hegarstifte in eine Spitze, namentlich an den dünnsten Nummern; das Ende sollte halbkugelig sein, wie ein Sondenknopf. Grundsätzlich soll auch die Sonde zuerst und erst dann der erste Hegarstift eingeführt werden, nicht nur, um den Halskanal, sondern auch um den Innenraum der Gebärmutter auszutasten. Man darf die Hegarstifte nicht mit viel Kraft einführen, namentlich nicht die dünnsten Nummern. Erleichtert wird die Einführung, wenn man die am Scheidenteil eingesetzten Hakenzangen nicht sehr fest hält, sondern die Gebärmutter vom Hegarstift in die Tiefe des Beckens drängen läßt; dort gibt der Halskanal und der innere Muttermund leichter nach als in der vorgezogenen Gebärmutter. Ich erweitere gewöhnlich bis 14 oder 15 (zur diagnostischen Auskratzung möglichst bis 12, bei Dysmenorrhoe aber auch bis 13,14). Von der allmählichen Erweiterung durch Laminaria oder Tamponade bin ich ganz abgekommen, lediglich aus dem einen Bestreben, möglichst alles auf eine Sitzung zusammenzudrängen. Nur bei 4 und 5 Monaten gebrauche ich den von Hoehne verbesserten Schatzschen Dilatator[1]), und zwar die Feder mit 5 kg Kraft;

[1]) Fabrikant: Richard Woelk, Greifswald.

die schwächeren Federn anzuschaffen, hat nicht viel Zweck. Ich lasse die Feder 4—24 Stunden liegen und bin damit sehr zufrieden. Scheint die Erweiterung noch nicht zu genügen, so kann man nun noch den Metreurynther gebrauchen; jenseits des vierten Monats empfiehlt sich das. Auch den Walcherschen regenschirmartigen Dilatator gebrauche ich manchmal, aber nur etwa, um den Halskanal von 18 mm Lichtweite auf 24 mm zu bringen.

Während der Ausräumung lege ich Wert darauf, die Instrumente zu wechseln, also verschiedene Cüretten und verschiedene Zangen bunt durcheinander zu gebrauchen. Voran oder dazwischen auch noch eine Ergotineinspritzung in die Mutterhalswand und (wenn die Narkose es zuläßt) Massage. Man hat ein doppeltes Ziel im Auge zu behalten: 1. die wirklich vollständige Entleerung und 2. die Zusammenziehung der Gebärmutter. Beide Ziele werden durcheinander angestrebt, müssen aber beide erreicht werden. Dann kommt es auch kaum vor, daß es nach der Ausräumung noch erheblich blutet. Wo ich dies trotzdem erlebt habe, habe ich den Muttermund mit zwei Kugelzangen geschlossen und diese 2 Stunden liegen gelassen.

In der weiten Gebärmutterhöhle sich mit den dünnen Instrumenten zurechtzufinden, ist ein eigentümliches Geschäft, das, namentlich wenn es reichlich blutet, ängstlich machen kann. Man erinnere sich dann, daß die Ausräumung keine Eile hat, drücke den Muttermund zeitweise zu, oder bringe die Gebärmutter wieder in ihre natürliche Lage und massiere. Die Gebärmutter besinnt sich beinah immer noch auf ihre Pflicht sich zu verkleinern.

Eine besondere Erschwerung entsteht, wenn eine sagittale Kulisse vom Fundus ins Innere ragt. Die ganze Höhle hat dann eine unregelmäßige Herzform mit einer linken und einer rechten Kammer, aber die eine Kammer ist viel ausgedehnter als die andere (Piskaceksche Ausladung). Das kommt dann, wenn das Ei in den ersten zwei Monaten einseitig sitzt; eine solche Gebärmutter fühlt sich bei äußerer Betastung manchmal seltsam an: auf der einen Seite zystisch, auf der anderen derb. Man kann zu einer falschen Diagnose kommen, indem man den weicheren oder den derberen Teil für die eigentliche Gebärmutter hält und in dem anderen Teil eine Geschwulst sieht. Wer aber die Erscheinung kennt, dem ist die ungleichmäßige Konsistenz ein Zeichen mehr für Schwangerschaft, vergleichbar mit den Hegarschen Zeichen. Wenn nun bei der Ausräumung die schwangere Hälfte der Gebärmutter mit der Kontraktion zögert, so ist es recht schwer, den wahren

Sachverhalt mit den tastenden Instrumenten aufzuklären. Und wenn man an der Kulisse viel mit der Zange zwickt, dann zwickt man leicht einmal durch in die Bauchhöhle.

Da wären wir dann bei den Perforationen. Man kann solche verüben mit Stift, Löffel, Zange, Finger. Heynemann hat statistisch zu ermitteln versucht, welches von diesen Dingen die meisten Perforationen verschuldet, und es hat da die Cürette am schlechtesten abgeschnitten. Aber die Cürette bewegt sich auch länger und höher in der Gebärmutter als die anderen Instrumente. Die mit dem Hegarstift und die mit dem Finger veranlaßten Durchbrüche sitzen meist im Halskanal, während die anderen Instrumente weiter oben durchstoßen, sofern sie nicht in den vom Hegarstift oder Finger angelegten Halsriß geraten und diesen vervollständigen. Meist wird man von dem fertigen Ereignis überrascht, ohne daß man es hat kommen sehen. Zuweilen kann man es sich nachträglich erklären, aber öfter noch steht man vor einem völligen Rätsel. Die „Butterweichheit" scheint wirklich keine Fabel zu sein, man erlebt sie besonders nach Geburten. Dagegen halte ich das Durchgleiten durch die Tube für eine Fabel oder für ganz besonders selten. Oft kann man Zeichen von Infantilismus feststellen, wo man den Uterus perforiert hat. Zweimal habe ich es erlebt, daß bei sehr langem Verweilen des abgestorbenen Eies in der Mutterhöhle die Wand der Gebärmutter an einer Stelle sehr dünn geworden war, und zwar aus recht verschiedenen Ursachen, und nun hier durchgestoßen wurde. Das eine Mal saß die dünne Stelle im Fundus und rührte von der Fortentwicklung des Zottengewebes her, das die Wand angefressen hatte, ohne daß histologisch Bösartigkeit festgestellt werden konnte. Ich habe in dem Falle, weil ich damals noch in dem Erfassen einer Darmschlinge eine Anzeige zur Operation sah, laparotomiert und den Fundus uteri ausgeschnitten. — In dem anderen Falle war die Frucht skelettiert und eitrig. Die dünne Stelle sowie die Perforation saßen vorn am inneren Muttermund, und das Zervixgewebe sowie das Blasenbauchfell waren eitrig aufgequollen. Auch in diesem Falle wurde der Sachverhalt leider durch Bauchschnitt aufgeklärt, und es ist das der einzige Todesfall, den ich nach selbstverübter Perforation erlebt habe.

Perforationen sind sehr häufig. Leider fehlt in den meisten Arbeiten über Abort eine statistische Angabe darüber. Liepmann trifft gewiß das Richtige mit folgenden Worten: „Wenn Straßmann die Häufigkeit dieser einfachen Perforationen insgesamt, alle Cü-

rettagen auch bei gravidem Organ mit eingerechnet, auf 2% angibt, so ist die Häufigkeit der einfachen Perforation beim Abortus sicher eine viel höhere. Aber wie ließe sich bei diesen Vorkommnissen, die selbst vom Operateur, wie ich des weiteren ausführen werde, nicht bemerkt werden, überhaupt eine Statistik aufstellen, die der Wahrheit auch nur nahe käme!" — Nun beziffert Heynemann die allgemeine Durchschnittzahl der Perforationen für Hamburg nur auf $^1/_2$%. Aber sollte diese Statistik wirklich alle, auch alle gutartig verlaufenen Fälle erfaßt haben? Ich selber leiste auch ungefähr so viel; eine Stichprobe ergab sogar 3 auf 400. Mein Prozentsatz umfaßt jedoch überhaupt nur gutartig verlaufende Perforationen, und ich bin sehr bemüht, daß meiner Aufmerksamkeit keine Perforation entgeht. Utmöller hatte von eigener Hand 4 Perforationen unter 1500 Aborten. Bei mir hat sich durch steigende Übung die Zahl kaum geändert, wenn ich auch die Halsrisse teils zu vermeiden, teils sorgfältig zu beachten gelernt habe. Noch in den letzten Wochen ist es mir begegnet, daß ich einen Uterus zum dritten Male perforiert habe! Jedesmal rechts im Fundus. Es war diesmal eine Schwangerschaft von zwei Monaten mit Fieber und reichlicher Blutung. Ich dilatierte mit dem Schatz-Hoehneschen Instrument und bewegte die Kürette so vorsichtig wie möglich, namentlich rechts, aber bald verschwand sie doch wieder bis an den Griff im Innern, ohne daß der Augenblick der Durchbrechung deutlich geworden war. Es schloß sich eine Beckenbauchfellentzüdung mit Douglasabszeß an. Hoffentlich sind auf diese Weise die Tuben unwegsam geworden. Zur Operation hat sich die Frau noch nicht entschließen können.

Sobald man den Durchbruch erkennt, ist es meist richtig, die Waffen zu strecken. Es kommt zwar vor, daß man doch noch die Ausräumung vollenden kann, aber gefährden darf man die Frau mit solchen Versuchen nicht mehr, sondern soll lieber die Dinge sich selbst überlassen. Dieses Waffenstrecken hat manchmal abenteuerliche Folgen. So habe ich einmal erlebt, daß die Blutung, derentwegen die Ausräumung begonnen war, nach der Dilatation und Perforation zum Stehen kam, und als ich 2 Monate später die Kranke wiedersah, ich zu deren Entsetzen feststellen mußte, daß die Schwangerschaft völlig wieder in Ordnung gekommen war. — Ein anderes Mal, bei einem künstlichen Abort im 2. Monat, wo ich nach der Perforation nicht imstande gewesen war, die Ausräumung fortzusetzen, wurde mir die Kranke 2 Monate später wieder zugewiesen, weil sie fortfuhr zu brechen, ohne die Regel

zu bekommen, und weil angeblich eine neue Schwangerschaft entstanden sei. In Wahrheit war es nun eine viermonatige Schwangerschaft geworden. Diesmal gelang die Ausräumung ohne alle Schwierigkeit in einer Sitzung. — In einem 3. Falle, wo wegen Dysmenorrhoe und Sterilität ausgekratzt werden sollte, und gleich im Beginn der Erweiterung am inneren Muttermund durchgestoßen wurde, so, daß es nicht gelang die Operation auszuführen, wurde nicht nur die Dysmenorrhoe dadurch beseitigt, sondern kam es $^1/_2$ Jahr später sogar zu der ersehnten Schwangerschaft, die auch ausgetragen wurde (Infantilismus).

Ich habe, wie schon angedeutet, auch einige Male laparotomiert nach Perforationen, aber mich meistens überzeugt, daß das überflüssig war. Der vorgezogene Darmteil findet seinen Weg von selbst zurück, und die Lochränder legen sich aneinander, wenn auch nicht so gut wie mit Naht. Freilich setzt das abwartende Verhalten voraus, daß der etwa in die Gebärmutter hineingezogene Darmteil sofort als solcher erkannt und von der Kornzange schonend behandelt war. Hat man einen Darmteil in der Zange, so gibt das ein Gefühl, das, einmal empfunden, sich leicht einprägt: der Darmteil will nicht folgen. Wenn man das kennt, wird man sofort aufmerksam. Wenn natürlich der Arzt den Darm verkannt und an ihm kräftig gezogen hat, dann ist der Bauchschnitt geboten. Seitdem ich eine mit Zacken versehene Zange (jetzt die nach G a u ß) gebrauche, die ja für einen Darm recht übel wäre, benutze ich daneben zur Aufklärung immer noch eine zackenlose Kornzange, und erst wenn ich sicher zu sein glaube, daß ich nur Fruchtteile fassen kann, nehme ich die bezackte Zange.

Niemals darf bei einer Perforation gespült werden! Aber ich gehe im Verwerfen der Spülung viel weiter. Ich halte sie unter allen Umständen während und nach der Ausräumung für falsch, nur zur einleitenden Scheidenreinigung für geboten. Die Vorstellung, daß man damit Blut von der Gebärmutter-Innenfläche entfernen, oder gar, daß man damit Bazillen töten könne, ist falsch, dagegen kann die Spülflüssigkeit durch die Eileiter in die Bauchhöhle laufen, was Schüttelfrost und Vergiftung zur Folge hat. Schüttelfrost nach Spülung ist recht häufig; daß das immer Durchfließen durch die Eileiter bedeute, will ich nicht behaupten, aber Fieber bedeutet es meistens, und ich bin überzeugt, daß man die Fieberfälle durch Spülung mehrt. Eine Zeitlang habe ich Jodtinktur oder auch Terpentinöl in die Mutterhöhle gebracht, wenn Fieber bestand, habe aber auch damit wieder aufgehört;

dagegen gebe ich bei Fieber vor oder nach der Ausräumung Elektrokollargol intravenös. (Genau so verwerfe ich die Gebärmutterspülung unter und nach der Entbindung; man kommt gut auch ohne dies Mittel aus. Die Spülung beeinflußt die Fieberstatistik ungünstig.) Eine ähnliche Stellung habe ich zur Tamponade. Ich tamponiere beinahe nie, höchstens für einen Transport.

Meine mit Ausräumung behandelten Kranken, von den wenigen abgesehen, die ich in ihrer Wohnung operiere, verlassen nun meistens, nachdem sie ihren kurzen Rausch ausgeschlafen haben, meine Klinik, um zu Hause sich einige Tage ins Bett zu legen. Nur etwa 10% bleiben einen oder meist mehrere Tage in der Klinik. Natürlich wäre es besser, sie blieben alle, aber die Verhältnisse sind stärker als die Wünsche. Im ganzen schadet es auch kaum etwas. Der Nachteil ist, daß man zuweilen von eingetretenem Fieber erst etwas spät erfährt, der Vorteil, daß sich viel mehr Frauen eine rechtzeitige Behandlung ihrer Fehlgeburt leisten können, als wenn sie alle darum ins Krankenhaus gehen und ihre Kinder verlassen müßten.

Über die Ausgänge hatte ich schon erwähnt, daß Todesfälle sehr selten sind. Wo sie vorkommen, sind beinahe immer Verdachtzeichen für gesetzwidrige Eingriffe vorhanden. Es folgt dann gewöhnlich Anzeige und gerichtliche Untersuchung, meistens ohne Aufklärung zu bringen.

Über Fieber nach Ausräumung kann ich nach meiner Beobachtungsweise nicht wagen eine statistische Angabe zu machen, aber über greifbare Fieberfolgen, also Exsudate, kann ich sagen, daß sie sehr selten vorkommen, sicher nicht häufiger als Todesfälle. Eine andere Störung kommt viel öfter vor: Nachblutungen. Wenn dann Tinktura haemostyptica nichts nützt und die zweite Woche schon begonnen hat, mache ich eine „Nachkratzung". Dies geschieht im Sprechzimmer, ohne Dilatation, mit sehr schmalen Küretten, die deswegen im Instrumentenbade immer bereit liegen, ebenso wie ein Hängespekulum (s. Wille, Mechanische Assistenten). Es wird der Kranken mit keinem Worte angedeutet, was geschehen soll, die Gehilfin merkt nur daran, daß ich das unter das Gesäß schiebbare Ablaufblech ergreife, was ich vorhabe. Empfindliche machen etwas Lärm, aber durchführbar ist es immer. In einer kleinen Minderzahl von Fällen kommt wirklich etwas heraus, was bei der Ausräumung den Instrumenten entgangen war, manchmal sogar unwahrscheinlich viel; in der großen Mehrzahl kommt nur etwas Schleimhaut, aber helfen tut es wohl immer.

Ich pflege dies dann nicht als Auskratzung zu berechnen, weder in der Privatpraxis noch in der Kassenpraxis, sondern ich berechne es als Ätzung. Ein segensreiches Verfahren!

Noch ein paar Worte über die Anzeige zum Eingreifen. Wir sind hier auf einem strafrechtlichen Gebiet, das für jeden Arzt sehr wichtig werden kann.

Eine scharfe Grenze zwischen drohender und wirklicher Fehlgeburt gibt es nicht und kann es bei der großen Vielseitigkeit dieser Erscheinungen nicht geben. Nicht die Stärke der Blutung kann entscheiden, denn außer der starken Blutung bieten auch langdauernde Blutungen eine Anzeige. Auch nicht die Weite des Mutterhalses kann entscheiden, denn einen wenig erweiterten Mutterhals hat man oft bei Aborten im zweiten Monat und bei Aborten, wo die Hauptmasse des Eies schon vor einiger Zeit abgegangen war und etwa nun verhärtete Zottengewebsreste oder die ganze Planzenta oder skelettierte Fruchtteile noch in der Mutterhöhle sitzen. Die Mutterhalsweite mit Hegarstiften oder mit dem Finger zu messen, ist außerdem bei fraglichem Abort als diagnostisches Verfahren durchaus unzulässig, denn es ist ein Eingriff, der über den weiteren Verlauf entscheiden kann.

Selbstverständlich genügt nicht jede geringe Blutung, eine Ausräumung zu rechtfertigen, auch nicht, wenn das Blut grau oder braun verfärbt ist. Aber wenn sich solche Ausflüsse wochenlang hinziehen, kann man den Widerstand nicht immer fortsetzen, und wenn man sich dann zum Eingreifen entschlossen hat, zeigt es sich nicht selten, daß das Ei schon gar nicht mehr vollständig war, daß man also die Frau hatte unnötig warten lassen. Bei wem sich dies dann und wann ereignet, ohne daß mangelhafte Diagnose schuld ist, der hat wohl die richtige Mitte zwischen Nachgiebigkeit und Ablehnung, zwischen Mißtrauen und Gutgläubigkeit erfaßt. Dies kommt jetzt häufig vor, weil so manche Frau Gründe hat zu verschweigen, daß das Fruchtwasser schon weg ist. Seltsamerweise blutet es bei beginnendem Abort hauptsächlich nachts, und wenn dann die Frau dem Doktor den Nachtruf erspart und statt dessen in die Sprechstunde kommt, hat sie es schwer, die nächtliche Steigerung der Blutungen glaubhaft zu machen. Schmerzen sind niemals als Anzeige zu bewerten, Fieber dagegen meistens, es sei denn, daß man eine Grippe oder Mandelentzündung oder ähnliches erkennt.

Über die Anzeige zur künstlichen Fehlgeburt möchte ich z. Z. mit meiner Ansicht zurüchhalten, und zwar aus folgendem

Grunde. Wir haben jetzt in Braunschweig auf Grund der Beschlüsse des Leipziger Ärztetages eine Regelung durch die Kammer der Ärzte bekommen: die Kammer ernennt eine Anzahl älterer zuverlässiger Kollegen und schreibt vor, daß stets einer von diesen zur Beschlußfassung über künstlichen Abort zugezogen werden muß, und daß jede künstliche Fehlgeburt der Kammer gemeldet werden muß. Man wartet am besten ab, wie sich die neue Einrichtung bewährt. Die Erfahrungen damit werden von großem Wert für diese offene Frage sein.

Rezepte

Die Behandlung soll ja, wenn möglich, die Ursachen des Leidens treffen, nicht seine Auswirkungen. Solche ursächliche Behandlungen sind außer manchen Operationen namentlich Änderungen der seelischen oder körperlichen Funktionen, Änderungen des Stoffwechsels und der Säftemischung. Die Gelegenheit, solche Ziele wirklich zu erreichen, ist aber so selten, daß eine Schrift über Alltägliches sich nicht damit befassen kann. Ursächliche und symptomatische Behandlung sind auch keine Gegensätze und sind nicht scharf zu unterscheiden. Unser Ziel heißt: Erfolg, und alle Mittel dazu sind recht.

Den meisten Besucherinnen der Sprechstunde ist damit geholfen, daß man 1. sie davon abbringt, an ein schweres Organleiden zu glauben, und 2. ihnen die fühlbarste Plage: den Schmerz oder die Appetitlosigkeit oder die Schlafstörung usw. durch Arzneimittel mildert.

Zu dem ersten Punkt braucht hier keine psychotherapeutische Vorlesung gegeben zu werden. Der Arzt braucht nur seine wirkliche Meinung, etwa daß es sich um Nervenüberempfindlichkeit oder um zarte Anlage handle, nicht zurückzuhalten.

Der zweite Punkt ist nicht so schnell zu erledigen. Zwar mancher macht es sich bequem. Er hat ja die Form. Mag. Berolin., und er hat die Spezialitätenreklamen, die täglich auf seinen Schreibtisch flattern. Aber das ist keine Entwicklung früheren Brauches, das ist eine Entartung. Die alte Übung, Rezepte selbst zu formen, ist dem Kranken meist förderlicher als solche Schablonenabnutzung. Die Magistralformeln und manche Spezialitäten sind gut, aber sie sollten als Notbehelfe gelten, nicht als Hauptmittel. Das selbständige Rezepteverschreiben freilich ist eine schwierige Kunst. Vortreffliche Künstler darin finden sich unter den praktischen Ärzten, zumal da diese auch gewohnt sind, auf den Preis ihrer Rezepte zu achten. Nichts in unserer Literatur findet eifrigere Leser als neue Arzneiformeln. Und gern benutzt fast jeder die Gelegen-

heit, fremde Rezepte kennen zu lernen, denn hier ist geistiger Diebstahl nicht Sünde, sondern Pficht. Auch das, was ich hier bringe, ist nur teilweise mein geistiges Eigentum; hier und da könnte ich angeben, woher ich geschöpft habe, ich unterlasse es aber, um nicht die zu verletzen, deren Urheberschaft ich nicht mehr angeben kann.

Es gibt Ärzte, die bestrebt sind, möglichst nur je ein Arzneimittel zu verschreiben, etwa Chinin oder Brom oder eine Spezialität, und es gibt andere, die es versuchen, durch Vereinigungen und Zusätze die Wirkung zu vervielfältigen, also „galenische" Mittel zu verordnen. Mich hat Erfahrung oder Neigung unter die zweiten geführt. Natürlich verordne ich auch einfache Arzneikörper wie Veronal, Pyramidon, Salol, Opium, Chinapräparate, Baldrian, Kalzium, auch Spezialitäten, doch das Giftmischen ziehe ich vor. Nicht jede Mischung bewährt sich. Aber ein guter Treffer war z. B. folgende Formel:

Aminopyrazol 3
Tct. Chin. cps. 15
Sir. simpl. 20
Aq. ad 200
MS. 4mal tägl. 1 Eßl.

Tagtäglich kann man dies mit gutem Erfolge verordnen, z. B. um die flatternden Lebenskräfte nach überstandenem Abort oder nach den Auffrischen einer alten Adnexentzündung oder nach einer Überanstrengung wieder zu festigen. Sodann aber dient es, Zeit zur Beobachtung und Überlegung zu gewinnen.

Scheint Herzschwäche vorzuherrschen, wähle ich statt dessen:

Coff-Natr. salicyl. 1,5
Dec. Chinae FMB. ad 200
MS. 2stündl. 1 Eßl.

Eine ähnliche Vorschrift wie die erste, doch mit etwas anderer Zielrichtung, und auch vorzüglich bewährt, ist:

Aminopyrazol 3
Tct. Valerian 15
Ol. Menth. pip. gtt. II.
Sir. simpl. 20
Aq. ad 200

Man kann auch beide Vorschriften vereinigen, indem man sowohl China wie Baldrian in die Medizin tut.

Will man den übelschmeckenden Baldrian vermeiden, so erzielt man eine ähnliche Wirkung mit der Vereinigung kleiner Mengen von Coffein und Veronal. Ein solches Rezept sieht z. B. so aus:

Aminopyrazol 3
Coff-Natr. salicyl
Natr. diaethylbarbit aa 1,5
Tct. Chin. cps. 15
Sir. simpl. 20
Aq. ad 200

Man kann auch zu diesen Coffein- und Veronaldosen die Baldriantinktur noch hinzufügen oder Brom oder Calzium. (Warum Calcium chloratum so hartnäckig das Feld behauptet, ist mir nicht klar. Ca bromatum schmeckt nur schwach bitter und tut wohl sogar bessere Dienste.) Die Rezepte werden dann recht lang. Ich bin ein Liebhaber langer Rezepte geworden. Freilich eine kleine Ansprache, daß die Medizin auch recht pünktlich genommen werden muß (und daß statt des Eßlöffels besser ein Likörglas gebraucht wird), ist nötig, die Krankenkassenkontrolleure klagen allgemein darüber, daß die Medizinen verkommen. Und aus gleichem Grunde darf man nicht gar zu schlecht Schmeckendes verordnen. Wie manche Operation kann man mit solchen Medizinen verhüten, wie manchen Tag der Arbeitsunfähigkeit kürzen!

Wo Brechneigung besteht, bewährt sich ein Zusatz von Menthol und von Gummiarabikum. So ist dies ein gutes Rezept gegen Erbrechen Schwangerer:

Solut. Mentholi spirituos 0,3 : 15
Tct. nuc. vom. 3
Extr. fluid. Condurango 15
Mucil. Gummi Arab. 15
Sir. simpl. 20
Aq. ad 200
MS. 2stündl. 1 Eßl.

Auch Natrium bicarbon 15 kann man noch hineintun. (Daneben gibt man Afenil oder Ovarialextrakt intravenös. Wenn nötig, Magenspülung, aber nicht ambulant.)

Gegen Bauchfellreizung mit Brechneigung verordnet man:

Extr. Opii 0,4
Ac. hydrochl. 0,5
(Tct. Chin. cps. 10)
Mucil. Gummi Arab.
Sir. simpl. aa 15
Aq. ad 200

Nur keine Angst vor dem Opium! Daß man damit einen Ileus verdecken kann, muß natürlich bedacht werden, aber wie selten kommt das in Frage! Opium ist eine wunderbare Wohltat für das kranke Bauchfell und durch nichts zu ersetzen.

Bei starkem Erbrechen kann man auch Opium einspritzen:

Extr. Opii 1
Aq. salicylatae ad 10
MS. Umzuschütteln! Dosis 1 ccm.

Oder man gibt Suppositorien mit 0,1 Extr. Opii, die vortrefflich wirken.

Suppositorien auch gegen Dysmenorrhoe, wenn diese mit Erbrechen verläuft:

Extr. Opii 0,05 oder 0,1
Aminopyrazol 0,5
Ol. Cacao ad 2

Wenn ohne Erbrechen, kann Coffeospirin u. ä. eingenommen werden. Daneben As., Fe., Br., und ganz besonders Afenil (Hirsch).

Als Kräftigungsmittel für längeren Gebrauch:

Ac. ars. 0,1
Fe lact. 5
Extr. Aloes
Extr. Strychni aa 0,5
Mass. pil. l. a.
ad pil. CS. 3mal tägl. 2

oder wenn zugleich Stuhlträgheit zu bekämpfen ist:

Ac. ars. 0,1
Fe lact. 5
Extr. Aloes 0,8 bis 1
(Extr. Bellad 0,3 bis 0,5)
Extr. Strychni 0,3
Mass. pil. l. a.

Statt des Fe. lact. bei gegebener Anzeige:

Extr. Secal 5

Eine andere billige und bewährte Vorschrift ist:

Ac. ars. 0,05
Calcii lactici
Fe carb. sach. aa ad 100
Mf. pulv. S 3mal tägl. 1 Teel.

Die Mixturen mit Eisenlösung sind etwas teurer, aber sehr gut:

Sol. Fowl. 5
(Tct. valerian 40)
Tct. Fe aromat. ad 500
MS. 3mal tägl. 1 Eßl.

Blutstillende Mittel außer Tinct. haemostyptica, teelöffelweise, Luteoglandoleinspritzungen oder für längeren Gebrauch, z. B. gegen Pubertätsblutungen Extr. fl. Burs. Past. (neben Pituigan):

Fol. Digit.
Extr. Secal. aa 1,5
ad pil. 30. S. 3mal tägl. 1 (—2).

Eine gute Jodoformemulsion für die Blase und für Abszeßhöhlen ist folgende:

Jodof. subtil plv. 5
Glycerin 40
Tragacanth 0,5
Aq. dest. 7.

Doch ziehe ich gegen Zystitis meist Höllensteinlösung, 1 : 100, vor, wovon 2 cm mit der Braunschen Spritze jeden zweiten Tag eingebracht werden.

Eine bewährte Salbe gegen Wundsein:

Resorcin
Magn. carb. aa 1,5
Sulf. praecip.
Zinc. oxyd. aa 3
Adip. benzoat ad 30

Auch milde Teermittel, wie Liquor Anthracis Fischel simpl. werden verdünnt oder unverdünnt an und neben den Schamlippen vertragen, wenn die schlimmste Entzündung vorüber ist.

Gegen spitze Condylome:

Summit Sabinae pulv. 6
Resorcin 3
Zinc. oxyd. 20
Talci 20
Glycer. 5
Aq. ad 100
MS. Umgeschüttelt aufzutragen.

Das Lahmsche Rezept gegen Scheidenkatarrh ist:

Resorcin 0,3
Zinc. oxyd. 1
Glycerin gtt. IV
Ol. Cacao ad 2,5
Mf. glob. vaginal. Dosis X.
(Jeden 2. Tag eine Kugel, gar keine Spülungen.)

Literatur

Aschner, Die Konstitution der Frau. München. Bergmann.
Bott, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1925. Nov.
Flatau und Kirstein, Zentralbl. f. Gyn. 1925. Nr. 23.
Fried, Strahlentherapie. XIX. Heft 4.
Goldscheider, Über die krankhafte Überempfindlichkeit. Leipzig. Thieme.
Günther, Rassenkunde des deutschen Volkes. München. Lehmann. 7. Aufl.
— Kleine Rassenkunde Europas. Ebenda.
Hauser, Rassezucht. Braunschweig. Westermann (u. a., ebenda).
Heynemann, Zentralbl. f. Gyn. 1925. Nr. 23.
Hirsch, Max, Zentralbl. f. Gyn. 1923. Nr. 39.
— Zentralbl. f. Gyn. 1924. S. 1073.
Van der Horst, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 93. 341.
Klingmüller und Zöppritz, Zentralbl. f. Gyn. 1919. S. 297.
Kolde, Zentralbl. f. Gyn. 1924. 805.
Kretschmer, Körperbau und Charakter. 4. Aufl. Berlin. Springer.
Lahm, D. path.-anat. Grundlagen der Frauenkrankheiten. Dresden. Steinkopff.
Liepmann, Med. Klin. 1922. Nr. 34 u. 35.
Mathes, Der Infantilismus, die Asthenie. Berlin. Karger.
— Die Konstitutionstypen des Weibes. Biologie und Pathologie des Weibes.
Orthmann, Frauenarzt. 1918. August.
Scheidt, Rassenkunde. Bd. 1. München. Lehmann.
Theodor, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1926. Jan.
Wenckebach, Wiener klin. Wochenschr. 1918. Nr. 14.
Wille, Nervenleiden und Frauenleiden. Stuttgart. Enke. 1902.
— Antiseptische Kleinigkeiten. Zentralbl. f. Gyn. 1904. Nr. 51.
— Mechanische Assistenten. Zentralbl. f. Gyn. 1908. Nr. 3.

UNIVERSITY OF MINNESOTA
wils no.9
304 M75
Monographien zur frauenkunde und konstit
3 1951 002 248 642 F
MINITEX
Minnesota Library Access Center
9ZAR03D01S01TNY